



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2022-06-09

Livet efter hjärtinfarkt

En litteraturstudie om stödets betydelse

Life after myocardial infarction (MI)

A literature review of the importance of support

Författare: Greta Finnberg Felicetti
Linda Myrtenblad

Handledare: Jenny Karlsson, Adjunkt
Mia Kraft, Adjunkt

Examinator: Leah Okenwa Emegwa, Med. dr, docent, högskolelektor

Röda Korsets Högskola

Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärtinfarkt är en av de stora folksjukdomarna både globalt och i Sverige. Orsakerna bakom en hjärtinfarkt är i många fall livsstilsbetingade - ohälsosam kost, fysisk inaktivitet och tobaksbruk är stora riskfaktorer. Hjärtrehabilitering syftar till att hjälpa personer att hitta tillbaka till vardagen som var innan insjuknandet.

Syfte: Syftet var att beskriva personers erfarenheter av stödets betydelse i det nya livet efter genomgången hjärtinfarkt.

Metod: Metoden som användes var en kvalitativ litteraturoversikt där 9 originalartiklar mellan 2013-2022 valdes ut samt analyserades.

Resultat: Tre teman identifierades och presenterades: *Livet efter hjärtinfarkt*, *Informativt stöd* och *Emotionellt stöd* med tillhörande subteman *Att anpassa sig efter kroppsliga förändringar* och *Att genomföra livsstilsförändringar*, *Att få emotionellt stöd* och *Avsaknad av emotionellt stöd*, samt *Att få informativt stöd* och *Avsaknad av informativt stöd*.

Slutsats: Att genomgå en hjärtinfarkt innebär både stora kroppsliga förändringar och förändringar i livsstil som kan vara svåra att hantera och acceptera. Stödet från sjukvården och andra personer i samma situation är väsentligt för att kunna förstå den nya vardagen, och stöd från familjen hjälper personer att ta sig an de utmaningar som uppstår. Framtida forskning om personers erfarenheter av livet efter hjärtinfarkt behövs för att sjuksköterskor bättre ska kunna förstå och lindra det lidande som uppstår.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, livsstilsförändringar, patienterfarenheter, stöd.

ABSTRACT

Background: Myocardial infarction [MI] is one of the major public health diseases, both globally and in Sweden. The causes of an MI are oftentimes lifestyle-related - an unhealthy diet, physical inactivity and tobacco use are substantial risk factors. Cardiac rehabilitation is meant to help people find their way back to everyday life.

Aim: The aim was to describe people's experiences of the importance of support in the new life after having a myocardial infarction.

Method: The method used for this study was a qualitative literature review where 9 original articles between 2013-2022 were selected and analyzed.

Result: Three themes were identified and presented: *Life after myocardial infarction*, *Informational support* and *Emotional support*. Every theme has two sub themes each: *To adapt to bodily limitations* and *To execute lifestyle changes*, *To receive informational support* and *Absence of informational support*, and also *To receive emotional support* and *Absence of emotional support*.

Conclusion: To go through a MI implies both bodily changes and lifestyle changes that can be difficult to manage and accept. Informational and emotional support offered by the healthcare is essential to be able to understand the new life, and support from family helps people take on the challenges that occur. Future research on people's experiences after having a MI is needed for nurses to better comprehend and alleviate the suffering that arises.

Keywords: Lifestyle changes, myocardial infarction, patient experiences, support.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Hjärt- och kärlsjukdomar i världen och riskfaktorer	2
Patofysiologi, symptom och behandling för hjärtinfarkt	2
Livsstilsrekommendationer och hjärtrehabilitering	3
Livet efter hjärtinfarkt	4
Att lindra lidande som bärande begrepp	4
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	7
Design	7
Urval	7
Datainsamling	8
CINAHL	8
MEDLINE	9
Dataanalys	9
Etiska aspekter	11
RESULTAT	12
Livet efter hjärtinfarkt	12
Kroppsliga begränsningar	12
Att genomföra livsstilsförändringar	13
Informativt stöd	13
Att få informativt stöd	14
Avsaknad av informativt stöd	14
Emotionellt stöd	15

Att få emotionellt stöd	15
Avsaknad av emotionellt stöd	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Det nya livet efter hjärtinfarkt	21
Informativt stöd	21
Emotionellt stöd	22
SLUTSATSER	24
REFERENSER	25
BILAGOR	1
Bilaga 1, Sökmatrix	1
Bilaga 2, Artikelmatrix	3

INTRODUKTION

Det är en livsomställande erfarenhet att genomgå en hjärtinfarkt. För att kunna återgå till det liv som var innan har personen en lång återhämtningsprocess framför sig. Vägen tillbaka kan vara mer eller mindre kantad av smärtor och rädslor, och försvåras när personen måste ändra sina levnadsvanor. För sjuksköterskors del innebär det att ha förståelse för varje enskild individs egna upplevelser, och göra allt i sin makt för att lindra lidande.

I den här litteraturöversikten benämns den som genomgått en hjärtinfarkt som "person". Ordet "patient" förekommer dock i begreppsbeskrivningar och i referat till andras texter där det i sammanhanget är viktigt.

BAKGRUND

Hjärt- och kärlsjukdomar i världen och riskfaktorer

Hjärt- och kärlsjukdomar står för 17,8 miljoner av dödsfallen i världen per år, och är därigenom den ledande orsaken till död till följd av en icke smittsam sjukdom (World Health Organisation [WHO], 2021b). Av dessa människor, avlider 85% på grund av hjärtinfarkt eller stroke (WHO, 2021a). I Sverige räknas hjärt- och kärlsjukdom som den största folksjukdomen, och akuta kranskärlssjukdomar som hjärtinfarkt är även här den dominerande dödsorsaken (Socialstyrelsen, 2018), både bland män och kvinnor (Ericsson & Ericsson, 2012, s. 100). Enligt Ericsson och Ericsson (2012, s. 100) är det vanligast att få en hjärtinfarkt i 75-årsåldern. Under 2020 fick över 20 000 personer hjärtinfarkt i Sverige. Majoriteten av dessa personer, 64%, var män (Socialstyrelsen, 2021a).

WHO (2021a) benämner orsakerna till hjärtinfarkt som ofta livsstilsbetingade. De innefattar faktorer som ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet, tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Dessa vanor kan leda till att personer utvecklar de riskfaktorer som är typiska för hjärtinfarkt; ökat blodtryck, högt blodsocker, höga blodfetter, samt övervikt och fetma. Även Forslund et al. (2013) lyfter diabetes, högt blodtryck och rökning som faktorer som påverkar risken för hjärtinfarkt. Anledningen till att personer utvecklar dessa riskfaktorer behöver emellertid inte alltid vara på grund av ohälsosamma levnadsvanor, utan kan också bero på genetisk predisposition för sjukdomsutveckling (WHO, 2021b).

Enligt WHO (2021b) finns även en koppling mellan socioekonomisk ställning och hjärt-och kärlsjukdomar. Socialt utsatta människor blir sjukare och dör tidigare än människor med högre social status. WHO menar att detta kan bero på att de löper högre risk att utsättas för skadliga produkter, som tobak eller ohälsosamma livsmedel. Globalt sett har människor med lägre social ställning även en begränsad tillgång till hälso- och sjukvård. I många länder försätter också kostnaden för sjukvården människor i fattigdom (WHO, 2021b). Men även i Sverige, där sjukvården i stort sett är gratis, syns bland lågutbildade en ökad risk att både få en hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2021a), och att avlida till följd av en hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2021b).

Patofysiologi, symptom och behandling för hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt innebär att en ocklusion täpper till kranskärlet vilket leder till att blodet inte kan passera genom det utsatta området (Wikström, 2018, s. 287). Detta är ett akut tillstånd eftersom området bortom ocklusionen dör på grund av inadekvat syretillförsel (Wikström, 2018, s. 287; Lu et al., 2015). Ibland kan dock ett tillräckligt blodflöde passera genom kärnen, då på grund av kollaterala vägar som låter blodet passera genom hjärtat (Ericson & Ericson, 2012, s. 100-101). Tiden är avgörande för hur omfattande skadan på hjärtat blir, och därför vill man tidigt lösa upp blockaden och återfå blodflöde och förhindra svåra skador och nekros i hjärtats vävnader (Ericson & Ericson, 2012, s. 102; Lu et al., 2015).

Typiska symptom vid hjärtinfarkt är smärta i bröstet, och kan även upplevas i rygg och/eller nacke (Ericson & Ericson, 2012, s.102; Lu et al., 2015). Intensiteten av smärtan samt hur länge den pågår kan variera (Ericson & Ericson, 2012, s.103). Indikation för att det handlar om en hjärtinfarkt kan vara

att personen haft bröstsmärtor längre än femton minuter och som inte går över efter intag av nitroglycerin (Ericson & Ericson, 2012, s.103). Dessa personer behöver snabbt komma in till sjukhus för att inte riskera mer skada på hjärtmuskeln som konsekvens till att inte behandla den eventuella infarkten (Ericson & Ericson, 2012, s.103; Lu et al., 2015). Hjärtinfarkt hos äldre kan visa sig som smärtsymptom, men vanligare och framförallt mer påtagligt är akut andnöd, som kommer av en akut vänsterkammarsvikt (Ericson & Ericson, 2012, s.103). Symptom som feber kan också förekomma vid en hjärtinfarkt. Detta beror på den inflammation som uppstår i det skadade kärlet (Ericson & Ericson, 2012, s.104). Många personer, och framförallt kvinnor, kan också drabbas av illamående och ångest. Cirka en fjärdedel av alla som får hjärtinfarkt upplever inte de typiska symtomen, utan får något som kallas för tysta infarkter. Även om symtomen inte är lika framhäande som vid en vanlig hjärtinfarkt kan skadorna bli omfattande och utan behandling kommer hjärtcellerna att nekrotiseras på grund av ischemi i kranskärlen (Wikström, 2018, s. 293).

Enligt Socialstyrelsen (2018) syftar behandlingen vid den akuta fasen av hjärtinfarkt till att ta bort den propp som bildats alternativt förhindra att den utvecklas. Om blodproppen helt blockerar blodflödet i kärlet utförs vanligen en perkutan coronar intervention (PCI) - ett ingrepp där man med hjälp av ballongvidgning placerar ett stent i kärlet (Grech, 2003). Alla sjukhus har dock inte tillgång till PCI, och som alternativ kan man utföra en trombolys (Socialstyrelsen 2018). Trombolys är en behandling med blodproppslösande läkemedel som löser upp den propp som täpper till kärlet (Lu et al., 2015).

Livsstilsrekommendationer och hjärtrehabilitering

I behandlingen ingår också stöd för att kunna genomföra nödvändiga livsstilsförändringar. Socialstyrelsen (2018) rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda stöd att sluta röka på grund av tobaksrökningens starka koppling till sjukdomsutveckling och för tidig död. Socialstyrelsen (2018) rekommenderar också hälso- och sjukvården att erbjuda fysisk träning som en del av hjärtrehabiliteringen. Träningen utförs ofta i grupp och ska vara regelbunden och anpassad efter individen. Den ska även omfatta både styrke- och konditionsträning.

Dreyer et al. (2021) beskriver att många patienter känner att de vaknar upp till ett nytt liv efter en hjärtinfarkt och att de behöver göra en livsstilsförändring med goda hälsovanor som motion och nyttig kost. Det ingår också i rehabiliteringen att prata om levnadsvanor och rekommendera patienten att äta hälsosam kost samt sluta med rökning för att försöka undvika att en ytterligare hjärtinfarkt skulle kunna inträffa (Ericson & Ericson, 2012, sid. 117-118; Lu et al., 2015). Rehabiliteringens syfte är även att få patienten att kunna fortsätta leva det liv som hen levde innan vilket inkluderar allt ifrån arbete och fritidsaktiviteter.

Sjuksköterskans ansvarsområde

Omvårdnad som är sjuksköterskans huvudansvar innebär att leda och ansvara för omvårdnaden av patientens grundläggande fysiska och psykiska behov med ett personcentrerat förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 5; McCance et al., 2020, s. 79). Att ge vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt innebär att se personen och dess närstående som egna individer,

med unika behov och egna individuella värderingar och förväntningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 5).

Sjuksköterskans ansvar är att bemöta och förse personer med omvårdnad på ett respektfullt sätt (International Council of Nurses [ICN], 2021). Sjuksköterskans ansvar innebär att både patienter och anhöriga ska känna tillit till omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 5) genom att informera patienter och anhöriga om vård och behandling och ge tillräcklig med upplysning för att patienten och anhöriga ska kunna känna sig trygga med vården (ICN, 2021). Enligt ICN (2021) är det också sjuksköterskans ansvar att initiera och stödja åtgärder som tas fram för att möta alla personers behov, både de sociala och de hälsorelaterade, vilket kan kopplas till hälso- och sjukvårdens ansvar att stödja personer som genomgått en hjärtinfarkt till livsstilsförändring (Socialstyrelsen, 2018). För att personen själv ska kunna vara delaktig och bestämma över sin vård på bästa möjliga sätt krävs också att personen delges tillräcklig information om sitt hälsotillstånd, möjliga behandlingar och hjälpmedel som finns att få (Patientlag [PL], SFS 2014:821, 3 kap, 1§).

Livet efter hjärtinfarkt

Det är inte bara som ett symptom vid insjuknande i hjärtinfarkt som personer kan känna sig ångestfyllda. Att drabbas av hjärtinfarkt innebär för många en stor påverkan på livet. Dreyer et al (2021) beskriver att patienter kan uppleva ångest och mardrömmar efter hjärtinfarkt. Även Li et al. (2021) lyfter detta med upplevelsen av ångest. De menar att personer, efter att ha genomgått PCI-behandling, kan uppleva olika grad av ångest, depression och andra psykologiska tillstånd, särskilt efter att de blivit utskrivna från sjukhuset. Många rädslor kan också komma med tanken på ökad fysisk aktivitet. Coull och Pugh (2021) beskriver att oro över att avlida, i samband med fysisk aktivitet, påverkar personers beteendemönster och inställning till fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt. Och det är inte bara en mental påfrestning att drabbas av hjärtinfarkt, utan för många innebär det även en rekommendation om en drastisk livsstilsförändring, till exempel med ökad fysisk aktivitet (Ericson & Ericson, 2012, s. 118). För att stärka chanserna för ökad fysisk aktivitet hos personer som drabbats av hjärtinfarkt kan det därför vara viktigt att jobba med rädslan och oron som uppstår. Kristofferzon et al. (2008) beskriver hur personer även kan känna rädsla för en ny infarkt, kopplat till bristen på information de fick om sin hälsostatus. Sararoudi et al. (2016) menar att ökad sjukdomsuppfattning kan dämpa personers ångest och dessutom förbättra kunskaperna om hjärtinfarkt.

Att lindra lidande som bärande begrepp

Det här examensarbetet kommer använda Katie Erikssons definition av "lindra lidande" som bärande begrepp. Eriksson (2015, s. 91) förklarar att innebörden av själva handlingen åsyftar att uppmuntra, trösta, och vara ärlig mot patienten. Den vårdande ska förmedla hopp och stödja patienten, och visa att 'jag finns här, skulle du behöva mig'.

Eriksson (2018, s. 395-396) menar att vi bör sträva efter att eliminera det onödiga lidandet, och i de fall det inte är möjligt göra allt vi kan för att åtminstone lindra lidandet. För att kunna lindra krävs

emellertid att vi skapar en bra vårdkultur. Patienten ska tillåtas få utrymme uppleva rätten att vara patient. Hon ska få känna sig välkommen, respekterad, vårdad. Eriksson lyfter att enkla vardagsaktiviteter i vården har visats vara effektiva. Att värna om patientens värdighet och ge den vård patienten behöver istället för att missbruka den makt man som vårdpersonal besitter, är väsentliga byggstenar, menar Eriksson (2018, s. 395-396).

Lidandet kan alltså lindras genom utveckling av vårdkulturen. Eriksson (2018, s. 397-398) lyfter vikten av att patienten får känna att hen har en plats, och rum att få lida. Patienten ska också få känna sig bekräftad och förstådd i det. Eriksson (2015, s. 91) menar att det är viktigt att sjuksköterskan vågar möta patientens lidande. Eriksson lyfter ett exempel från en vårdare som förklarar att man måste ställa sig till förfogande. Med det menas att man ibland måste ge patienten tillåtelse att falla, och visa att man står kvar och ser till att behoven runt omkring tillfredsställs. Att man hjälper patienten, oavsett om det är krävande för den vårdande. Människan vill gärna lida i ensamhet vilket kan leda till onödigt lidande, men genom att visa patienten att hon är sedd kan hon få känslan av gemenskap och återfå hoppet om ett nytt liv (Eriksson, 2018, s. 360). Eriksson (2018, s. 397-398) för fram att mycket av patientens oro och ångslan kan minskas om den hålls informerad och delaktig, samt får de egna frågorna besvarade.

Problemformulering

Hjärtinfarkt är en av de vanligaste dödsorsakerna över hela världen. Att drabbas innebär både fysiska skador och smärta, men också en mental påverkan. Personer uttrycker att de en tid efter hjärtinfarkten känner oro och ångest, ofta kopplat till rädslan över att få en ny infarkt. Detta ställer stora krav på omvårdnaden efter insjuknandet. I nationella riktlinjer för hjärtsjukvård återfinns rekommendationer för att förhindra hjärtinfarkt och återinsjuknande, men mindre om hur hälso- och sjukvården ska arbeta för psykisk hälsa. Detta kan innebära att personer inte får det stöd som de behöver för en god återhämtning. Genom att ta del av personers erfarenheter av stödets betydelse tiden efter hjärtinfarkt kan sjukvårdspersonal bättre bemöta dessa personer utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

SYFTE

Syftet var att beskriva personers erfarenheter av stödets betydelse i livet efter genomgången hjärtinfarkt.

METOD

Design

Studiedesignen för den här studien var en litteraturöversikt av kvalitativa originalstudier. Polit & Beck (2017, s. 143) beskriver litteraturöversikter som en sammanställning av tidigare forskning där en frågeställning besvaras. Denna litteraturöversikt följer systematiskt Polit & Becks (2017, s. 144) niostegsmodell. I enlighet med niostegsmodellen och **steg 1** (se figur 1) formulerades först problemformuleringen och syftet.

Figur 1: Niostegsmodellen enligt Polit & Beck (2017, s. 144), fritt översatt.



Urval

I **steg 2** tillämpades inklusionskriterierna till denna litteraturöversikt vilket var vetenskapliga originalartiklar som var skrivna mellan 2013-2022, som var peer-reviewed och där abstrakt fanns tillgängligt. Artiklar med både kvalitativ och kvantitativ metod inkluderades. Artiklarna skulle beskriva personers erfarenheter av stödets betydelse efter att ha genomgått en hjärtinfarkt, och studierna skulle vara utförda på vuxna deltagare (<18 år). Artiklar som beskrev erfarenheter av betydelsen av att både få stöd och att inte få stöd inkluderades för att adekvat kunna besvara syftet.

Exklusionskriterier var litteraturöversikter, och artiklar som ej var skrivna på engelska eller svenska. Exkluderades gjorde även artiklar som beskrev personers förväntningar på stöd efter hjärtinfarkt, och där det var otydligt om artikeln behandlade personer med hjärtinfarkt eller annan hjärt- och

kärlsjukdom. Genom dessa avgränsningar kunde irrelevanta artiklar uteslutas redan i sökningen (Polit & Beck, 2017, s. 146).

Datainsamling

I **steg 2** valdes sökorden: patient, person, experience, myocardial infarction, post myocardial infarction, support, emotional support och social support. Sökningen efter de vetenskapliga artiklarna valdes sedan att utföras i Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] samt Medical Literature On-Line [MEDLINE] då de beskrivs vara anpassade för sjuksköterskor (Polit & Beck, 2017, s. 178) med ett brett utbud av omvårdnadstidskrifter (Polit & Beck, 2017, s.150-152). Sökorden togs fram i relation till syftets nyckelord (*person, experience, myocardial infarction* och *support*) och med hjälp av Medical Subject Headings [MeSH] identifierades fler termer som av författarna bedömdes vara lämpliga att använda i sökningarna. Trunkering (*) användes på sökorden *patient, person* och *experience* för att inkludera alla slutändelser av ordet och därmed bredda sökningen ytterligare (Polit & Beck, 2017, s.148). Citationstecken användes vid särskrivna ord som till exempel "Myocardial infarction" för att säkerställa att sökningen inte blev uppdelad i *myocardial* och *infarction* och därmed mista relevansen för sökningen. Genom att använda booleska operatorer som "AND" för att binda samman sökblock och "OR" för att inkludera fler varianter av samma ord utökades sökningarna (Polit & Beck, 2017, s. 148).

CINAHL

I **steg 3** utfördes artikelsökning i databasen CINAHL. Av de identifierade sökorden som togs fram i steg 2 bildades fyra sökblock. Sökblock 1 bestod av patient* OR person* och genererade 1, 209, 839 träffar. Sökblock 2 bestod av experience* och genererade 266, 853 träffar. Sökblock 3 bestod av "myocardial infarction" OR "post myocardial infarction" och genererade 20, 704 träffar. Sökblock 4 bestod av support OR "emotional support" OR "informational support" OR "social support" och genererade 252, 714 träffar. Sökblocken sattes sedan ihop med varandra. Sökblock 1 AND 2 gav 167, 952 träffar. Sökblock 1 AND 2 AND 3 gav 1, 410 träffar. Sökblock 1 AND 2 AND 3 AND 4 gav 138 träffar. Ytterligare en sökning utfördes i CINAHL. Sökblock 1: patient* OR person* gav 1, 211, 174 träffar. Sökblock 2: experience* gav, 267, 214 träffar. Sökblock 3: "myocardial infarction" OR "heart attack" OR "post myocardial infarction" gav 38, 430 träffar. Sökblock 4: "cardiac rehabilitation" gav 1, 641 träffar. Sökblock 5: support OR "emotional support" OR "informational support" gav 252, 997 träffar. Kombinationen av sökblock 1 AND 2 gav 168,148 träffar. Sökblock 1 AND 2 AND 3 gav 2, 315 träffar. Sökblock 1 AND 2 AND 3 AND 4 gav 43 träffar Den slutgiltiga kombinationen av sökblock 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 gav 16 träffar. **Steg 4** innebär enligt Polit och Beck (2017, s. 144) att välja artiklar utifrån titlar och abstrakt. Alla 138 titlar som framkom i den första sökningen samt 18 abstrakt lästes, och från den andra sökningen lästes alla 16 titlar samt 2 abstrakt (redovisas i Bilaga 1). I enlighet med **steg 5** i niostegsmodellen av Polit och Beck (2017, s. 144) valdes 10 artiklar från den första sökningen ut för att läsas i sin helhet. Från den andra sökningen valdes 1 artikel ut för att läsas i helhet. Författarna valde att läsa alla artiklar var för sig för att sedan gemensamt diskutera

artiklarnas relevans för syftet. Artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna för studien, eller som inte gick att få tag på, exkluderades.

Från den första sökningen i databasen CINAHL enades författarna om fyra artiklar som användes för att sammanställa resultatet. Dessa artiklar är Andersson et al. (2020), Merritt et al. (2017), Wieslander et al. (2016) samt Junehag et al. (2013b). Ingen artikel inkluderades från den andra sökningen.

MEDLINE

I **steg 3** utfördes artikelsökning i databasen MEDLINE. Sökblock 1: patient* OR person*, genererade 3, 425, 182 träffar. Sökblock 2: experience*, genererade 578, 634 träffar. Sökblock 3: "myocardial infarction" OR "post myocardial infarction" genererade 72, 749 träffar. Sökblock 4: support OR "emotional support" OR "informational support" OR "social support" genererade 685, 182 träffar. Sökblocken kombinerades sedan. Sökblock 1 AND 2 gav 355, 690 träffar. Sökblock 1 AND 2 AND 3 gav 4, 087 träffar. Sökblock 1 AND 2 AND 3 AND 4 gav 367 träffar (se Bilaga 1). Sökningen gjordes med avgränsningarna att artiklarna skulle vara peer-reviewed, vara publicerade mellan 2013 och 2022 samt ha abstrakt tillgängligt. I **steg 4** lästes samtliga 367 titlar och 23 abstrakt. I **steg 5** valdes 11 artiklar ut för att läsas i sin helhet. Artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna för studien, eller som inte gick att få tag på, exkluderades.

Från sökningen i databasen MEDLINE enades författarna om 5 artiklar som användes för att sammanställa resultatet. Dessa var Birtwistle et al. (2021), Admi et al. (2019), Nicolai et al. (2018), Simonj et al. (2015) samt Junehag et al. (2013a).

Steg 6 enligt Polit och Beck (2017, s. 144) innebär att sammanställa artiklar. De 9 utvalda artiklarna lästes noggrant och innehållet sammanfattades. I **steg 7** kvalitetsgranskades artiklarna i pappersformat för att skapa en större överblick. Kvalitetsgranskningen utfördes utifrån kvalitetsgranskningssmallen för studier med kvalitativ forskningsmetodik, framtagen av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ([SBU], 2020).

Dataanalys

I **steg 8** inleddes bearbetning av analysering av all data från de valda artiklarna (Polit & Beck, 2017, s. 144), vilket gjordes genom meningsbärande enheter som kondenserades och kodades för att slutligen kunna bilda teman och subteman (se utdrag i Tabell 1). Detta utfördes i enlighet med Braun och Clarkes (2006, s. 79) sexstegsmodell för tematisk analys. **Steg 1** i Braun och Clarkes modell innebär att flera gånger läsa insamlad data. I **steg 2** plockades likheter ut i de olika artiklarna och färgkodades för enklare översikt. I **steg 3** sammanställdes dessa i olika teman. I **steg 4** granskades de utvalda temana tillsammans med kodningen för att kontrollera att dessa passade med varandra. I **steg 5** fick dessa teman namn. I tabell 1 visas ett utdrag hur analysen har gått till. Efter detta sammanställdes resultatet av analysen i enlighet med **steg 6** i Braun och Clarkes (2006, s. 79) modell, samt **steg 9** i Polit och Becks (2017, s. 144) niostegsmodell. Ur analysen frambringades tre tre teman,

med två subteman vardera. Dessa presenteras i längre fram i studien, i resultatredovisningen (se Figur 2).

Tabell 1: Utdrag ur tematisk analys

Meningsbärande enhet	Kondenserat	Kod	Subtema	Tema
<p>“They explained that they were given advice regarding the administration of their regular medicine and how to prevent undue straining of the heart ... before they were going to exert themselves physically.” (Simonö, Dreyer, Pedersen & Birkelund, 2017, s. 7)</p>	<p>Gavs information om läkemedels-administrering.</p> <p>Gavs information om hur de kan undvika onödig belastning av hjärtat.</p>	Information från sjukvården	Att få informativt stöd	Informativt stöd
<p>“They also lacked information on the medications and their side effects, on stress reactions and their consequences, and on ways to prevent the onset of another myocardial infarction.” (Andersson, Skär & Hjelm, 2020, s. 5)</p>	<p>Saknar information om läkemedel.</p> <p>Saknar information om hur stressreaktioner påverkar dem.</p> <p>Saknar information om hur de ska förhindra en ny hjärtinfarkt.</p>	Otillräcklig information från sjukvården	Avsaknad av informativt stöd	Informativt stöd
<p>“... many participants found the peer support function of cardiac rehabilitation extremely useful connecting with others who can understand what you’ve been through.” (Merritt, de Zoysa & Hutton, 2017, s. 600)</p>	<p>Kamratstöd ger en möjlighet att få kontakt med andra personer som bättre förstår en.</p>	Emotionellt stöd av gemenskap	Att få emotionellt stöd	Emotionellt stöd

<p>“... if the younger person phoned a registered nurse to ask for advice and the registered nurse had no time to answer, this experience was seen as ‘rejection’ and a ‘terrible experience’.” (Andersson, Skär & Hjelm, 2020, s. 5)</p>	<p>Att sjuksköterskan inte har tid skapar känslor av att inte vara välkommen.</p>	<p>Brist på emotionellt stöd från sjukvården</p>	<p>Avsaknad av emotionellt stöd</p>	<p>Emotionellt stöd</p>
---	---	--	-------------------------------------	-------------------------

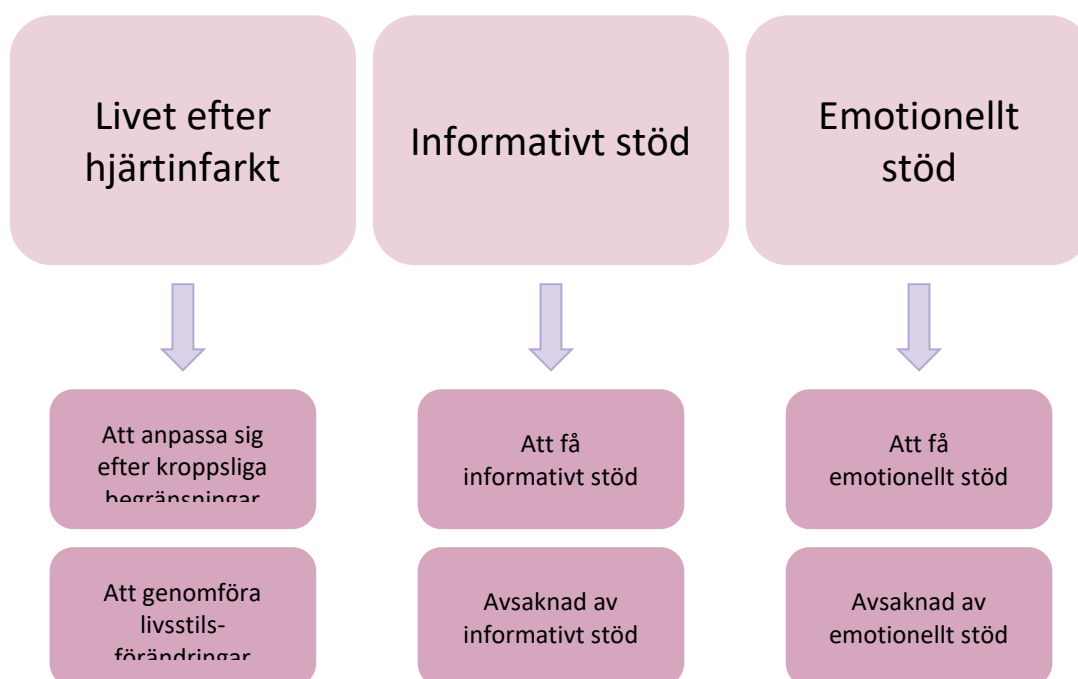
Etiska aspekter

Innan en studie utförs måste man ta hänsyn till olika krav för att studien ska anses vara så etisk som möjligt, bland annat att studien ska kunna anses bidra till mer nytta än skada och att studien inte medvetet utesluter minoriteter i samhället (Polit & Beck, 2017, s. 230). Denna studie använder endast artiklar som är etiskt godkända och som följer etiska riktlinjer. Deltagarna i de valda artiklarna har blivit informerade om sina rättigheter och givit samtycke att delta i forskningen. Dessa åtgärder har vidtagits för att studien ska kunna bli etiskt försvarbar (World Medical Association [WMA], 2018). Genom att ta med olika studier med variation av kön och ålder samt socioekonomisk status kan studien utformas utan att någon grupp i samhället kan komma att representera studien enbart. Författarna har vid behov använt översättningsverktyget google translate för att säkerställa att översättningen blev så korrekt som möjligt, samt för att undvika egna tolkningar av texterna. För att säkerställa korrekt referering och för att förhindra att plagiat uppstår användes en guide till referenshanteringsprogrammet American Psychological Association [APA] (Södertörns Högskola, 2021).

RESULTAT

Studiens syfte var att beskriva personers erfarenheter av stödets betydelse i livet efter genomgången hjärtinfarkt. Resultatet är insamlat ur nio artiklar från Sverige, Danmark, Tyskland, England och Israel. Resultatet beskrivs i tre teman: *Livet efter hjärtinfarkt*, *Informativt stöd* och *Emotionellt stöd*. Varje tema är indelat i två subteman: *Att anpassa sig efter kroppsliga begränsningar* och *Att genomföra livsstilsförändringar*, *Att få informativt stöd* och *Avsaknad av informativt stöd*, samt *Att få emotionellt stöd* och *Avsaknad av emotionellt stöd*. Figuren nedan (se Figur 2.) visar dessa teman med tillhörande subteman.

Figur 2: Resultatets teman



Livet efter hjärtinfarkt

Detta tema beskriver personers erfarenheter av hur kroppsliga begränsningar också ger en psykisk påverkan. Temat framför även personers erfarenheter av hur stöd från sjukvården och personer i liknande situationer kan ha betydelse för personlig inställning och förmågan att genomföra livsstilsförändringar.

Att anpassa sig efter kroppsliga begränsningar

Junehag et al. (2013b) lyfter att personerna tidigt i sin återhämningsprocess hade en försvagad fysisk förmåga, och hur de beskrev en kort tur till brevlådan som uttröttande på grund av svaga muskler och andfåddhet. Birtwistle et al. (2021) beskriver att personerna ofta kände sig frustrerade

över att deras kroppar inte längre klarade av att utföra det de var vana vid att utföra. Denna förändring ledde till att personerna upplevde en förlorad autonomi. Hjärtinfarktens fysiska konsekvenser påverkade personernas sätt att se på sig själva. De såg sig nu som långsamma och sköra, vilket skilde sig från deras tidigare bild av sig själva som friska. I situationen blev också de numera tuffa vardagsaktiviteterna, som att klippa gräset eller gå ut med hunden, roten till en känsla av hopplöshet samt ett minskat självförtroende (Birtwistle et al., 2021). Enligt Junehag et al. (2013b) upplevde också personerna en nytillkommen känslighet för till exempel för varma eller för kalla temperaturer, vilket hindrade dem från att utföra aktiviteter utomhus. Personerna rapporterade att de till och med ett år efter hjärtinfarkt fortfarande upplevde trötthet och nedsatt fysisk förmåga (Junehag et al., 2013b). Genom att prata med bland annat de sjuksköterskor som ingick i teamet på hjärtrehabiliteringen fick personerna lära sig att tolka sina egna kroppars signaler, och de fick råd om hur de bättre kunde organisera sina vardagliga sysslor, vilket sammantaget hjälpte dem att anpassa sina gamla vanor efter den nya kroppens förmågor (Simoný et al., 2015).

Att genomföra livsstilsförändringar

Wieslander et al. (2016) framför att personerna behövde arbeta aktivt med sina tankemönster för att kunna göra förändringar i sina liv. Att ta till sig ny kunskap och våga vara öppen för nya sätt att tänka om sin livsstil underlättade för återhämtningen efter insjuknandet. Enligt Wieslander et al. menade personerna att de försökte göra det bästa av situationen, och genom små förändringar hittade nya värden i vardagen. Personerna beskriver att erhållit stöd i form av dialog med sjukvården och med personer i samma situation, verkade uppmuntrande och självförtroendestärkande, vilket möjliggjorde upprätthållandet av en positiv inställning och underlättade därigenom genomförandet av förändringar (Wieslander et al., 2016). Enligt Admi et al. (2020) blev hjärtinfarkten för ett antal personer ett uppvaknande som ledde till att de gjorde omprioriteringar i livet och ändrade levnadsvanor till det bättre. Personer som hade kunskap om fördelarna med att leva mer hälsosamt hade lättare att vidta hälsosamma livsstilsförändringar (till exempel att sluta röka, att motionera mer). Personer som inte förstod att en förändring skulle ha en positiv inverkan på deras hälsa hade svårare att ändra sina vanor. Simoný et al. (2015) menar att hjärtrehabiliteringen vägledde personer till nya sätt att uppskatta det vardagliga livet. Personerna beskriver att de under hjärtrehabiliteringen också fick råd om hur de kunde ändra sina vanor. Det var inte enkelt att genomföra alla förändringar som det nya livet innebar, men personerna upplevde att de blev stöttade av sjuksköterskorna längs hela vägen (Simoný et al., 2015).

Informativt stöd

Detta tema beskriver de tillfällen då personer upplevt att de fått råd och vägledning genom att delges information om sitt tillstånd och faktorer som kan påverka deras återhämtning. Temat redogör även för konsekvenserna av att uppleva en avsaknad av information. I det inkluderas personers upplevelse av hur de påverkas av bristande information till familjen.

Att få informativt stöd

I flera studier beskrivs hur personerna som genomgått en hjärtinfarkt uppskattar att bli informerade, undervisade och att samtala om läkemedel och dess biverkningar (Simonÿ et al., 2015; Wieslander et al., 2016). Information i kombination med en varm atmosfär, stor kunskap och lyhördhet ingav en känsla av trygghet och inspirerade personerna att, med hjälp av rehabiliteringssjuksköterskan, arbeta med återhämtningsprocessen, menar Wieslander et al. (2016).

Vidare beskrivs hur god information stöttar personer i deras återhämtning. Personerna menar att de under hjärtrehabiliteringen får lära sig mer och prata om sin hälsa och vikten av fysisk träning, (Wieslander et al., 2016), och om hur ohälsosamma matvanor och stress påverkar risken för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar (Simonÿ et al., 2015). Personerna fann att kunskapen om mekanismerna bakom hjärtinfarkt var motiverande för att förändra sin livsstil och ta bättre hand om sin hälsa (Simonÿ et al., 2015). Personerna uttrycker att de uppskattade konsultationerna de fick med sjuksköterskor under hjärtrehabiliteringen. Mötena bidrog med en känsla av lättnad för personerna, och de menar att det var ett stöd att bara kunna prata med en sjuksköterska om allt möjligt för att kunna förstå och tackla alla aspekter av den nya situationen. Till exempel kunde personerna ta emot användbara råd om hur de skulle göra för att undvika onödig ansträngning av hjärtat vid fysisk aktivitet (Simonÿ et al., 2015). Personerna beskriver att de uppskattade personalens vänliga och kunniga förhållningssätt - det fick de att känna att de befann sig i trygga händer (Wieslander et al., 2016). Nicolai et al. (2018) uppger även att personer redan under sin sjukhusvistelse blev uppmuntrade till att se att återhämtning var möjlig av informationen de fick.

Avsaknad av informativt stöd

Artiklarna visar att personer upplevde en brist på riktad information. Enligt Andersson et al. (2020) upplevde personer som genomgått en hjärtinfarkt i ung ålder (<55 år) att materialet, det vill säga den information och utbildning de fick av sjukvården innan utskrivning från sjukhuset, var generell och inte individanpassat - de kände att det inte stämde överens med varken deras ålder eller livssituation. De hade svårt att identifiera och ta till sig information som var relevant för de själva (Andersson et al., 2020). De menade att problemet förstärktes av att sjuksköterskorna inte hade tid för en dialog tillsammans med personen. Det var ingen som lärde de om hur de skulle leva med sjukdomen och med konsekvenserna den för med sig för framtiden och för karriären. De uppgav också att de inte fick någon information om läkemedel och tillhörande biverkningar, om stressreaktioner och dess konsekvenser och inte heller vad de skulle göra för att förhindra en ny infarkt. Personerna beskrev hur de när de kom hem från sjukhuset fortfarande hade frågor om sin situation, men ingen att fråga och konsultera (Andersson et al., 2020).

Nicolai et al. (2018) lyfter att personer upplevde brist på information och kunskap och att detta gav konsekvenser för deras motivation till förändring. Flertalet personer som genomgått en hjärtinfarkt framhäver vikten av att förstå sjukdomsprocessen och veta orsaken till varför den enskilde personen får en hjärtinfarkt, och menar att de hade behövt mer information och stöd (Nicolai et al., 2018). Hälften av deltagarna i studien var osäkra på vad som orsakar en hjärtinfarkt, och tyckte att läkarna mest fokuserade på diagnos, behandling, kliniska parametrar och läkemedel. Personerna uttryckte

också att de inte fick reda på vad de får och inte får göra. Nicolai et al. (2018) framför att avsaknaden av informativt stöd fick personerna att känna en motvilja till förändring, då de inte var övertygade om att en annorlunda livsstil var vägen till ett mer hälsosamt liv. Personerna menade att de inte tänkte anstränga sig i onödan för att förhindra en ny hjärtinfarkt, när det ändå bara är en risk och inte något givet att de skulle bli sjuka igen om de fortsatte sin tidigare livsstil (Nicolai et al., 2018). Personerna som deltog i en studie av Simoný et al. (2015) uttryckte en önskan om att deras anhöriga ska kunna få vara med på träningspassen som hjärtrehabiliteringen höll i. Detta för att de upplevde att de anhöriga inte förstod hur mycket personerna får och kan anstränga sig, och deras okunskap ledde till ett överbeskyddande istället för ett stöttande i personernas ansträngningar för att nå en bättre hälsa och mående samt fortsätta vara fysiskt aktiva.

Emotionellt stöd

Detta tema handlar om det emotionella stödets roll för personer som genomgått en hjärtinfarkt. Personerna beskriver både stödet de fått och upplevt en brist på, samt vad detta har bidragit med för deras återhämtning och för deras känslor inför sjukvården. Personerna framför även fördelarna med gruppstöd som en del av hjärtrehabiliteringen.

Att få emotionellt stöd

Flera artiklar lyfter familjens emotionella stöd i förhållande till personens återhämtning. Personer beskriver att det är lättare att upprätthålla dagliga rutiner om man har en stöttande familj (Admi et al., 2019; Junehag et al., 2013a), och de upplevde svårigheter med att bibehålla en mer hälsosam livsstil när omgivningen inte levde efter det (Nicolai et al., 2018). Flera personer uppger att det emotionella stödet från familjen är viktigt och en tillgång i återhämtningen (Nicolai et al., 2018; Birtwistle et al., 2021). Enligt Nicolai et al. (2018) fungerade stödet från familj och vänner ofta som tröst, att veta att ens anhöriga fanns där ingav en känsla av trygghet och var underlättande för att återgå till vardagen efter att ha genomgått en hjärtinfarkt. Stödet från familjen blev också som en extra uppmuntran för att överkomma känslor av trötthet och att vara omotiverad när det kom till fysisk aktivitet, förklarar Birtwistle et al. (2021). Familjens verbala uppmuntran i form av beröm och positiv förstärkning gav uttryck för att familjen hade ett intresse i personen och dennes tillfrisknande, likaså att hjälpa personen till träningen och även att vara aktiva tillsammans med personen.

Artiklarna visar det emotionella stödets betydelse för att hantera ångest och oro. Enligt Wieslander et al. (2016) kan den nya livssituationen ofta upplevas som stressfylld, och många nya orosmoment kan dyka upp längs vägen. Personerna uttrycker att de uppskattade att de blev tilldelade en kontaktsjuksköterska som de regelbundet och med enkelhet kunde få prata med när det kändes tufft. Att ha lätt tillgång till någon som kan svara på frågor gav känslan av att bli tagen på allvar, och även att deras oro blir tagen på allvar. De kände att vårdpersonalen såg och lyssnade på dem som människor snarare än patienter som genomgått en hjärtinfarkt. Den kontinuerliga dialogen med vårdpersonalen fick personerna att skaffa sig uppfattningen att de blev stöttade och uppmuntrade i sin återhämtningsprocess. Admi et al. (2019) beskriver hur en person i studien gav uttryck för att

sjukvårdspersonalens stöd och uppmuntran även var en av de bidragande faktorerna till varför denne ens fortsatte att besöka hjärtrehabiliteringen.

Flertalet artiklar lyfter den emotionella betydelsen av stödgrupperna som hjärtrehabiliteringen erbjuder. Personerna menar att att ha någon att dela tankar och erfarenheter med, och att få umgås med andra som varit med om samma sak, verkar stärkande för självförtroendet (Wieslander et al., 2016). Andra personer beskriver hur de har gått från att vara rädda för att göra något alls, till att bli inspirerade av de lite mer erfarna deltagarna att fullfölja sina drömmar även om det finns en risk med att göra det (Simonj et al., 2015). Simonj et al. (2015) menar att detta illustrerar hur personerna under hjärtrehabiliteringen blev uppmuntrade att fatta viktiga beslut om sina liv och hur de vill leva. Många personer ger även uttryck för att de saknar sina sociala sammanhang och känner sig isolerade, ofta på grund av att de inte längre kan arbeta eller träna som de gjort tidigare (Merritt et al., 2017). De kände även att de inte kan delta i samma sociala aktiviteter som tidigare på grund av de dåliga vanorna som ofta följde med de aktiviteterna (Merritt et al., 2017). Därför upplevde de gruppstödet som erbjöds i hjärtrehabiliteringen användbart för att lättare kunna anpassa sig till det nya livet efter hjärtinfarkten (Merritt et al., 2017).

Avsaknad av emotionellt stöd

På samma sätt som personer som haft tillgång till stödgrupper beskrivit hur de känt sig stöttade av det, uttrycker flera av de personer som inte hade tillgång till stödgrupper istället en önskan om just ett sånt stöd (Merritt et al., 2017; Junehag et al., 2013a). Vad stödgrupper kan bidra med är att få kontakt med andra människor som varit med om det du har och därmed förstår dig (Merritt et al., 2017; Wieslander et al., 2016) - och det gick personer som inte fick ta del av stödgrupper miste om. I en studie av Junehag et al. (2013) upplyste personerna att de gärna hade velat få möjligheten att prata med andra patienter som genomgått en hjärtinfarkt, men menar att de inte blev tillfrågade om de ville delta i sådana möten (Junehag et al., 2013a). Personerna i en studie av Merritt et al. (2017) beskriver också att det är viktigt att dessa grupper är anpassade efter det faktum att de fått en hjärtinfarkt i ung ålder, då de upplever att äldre inte på samma sätt förstår känslan av att dö i förtid som en jämnårig i samma situation skulle göra. I en studie av Andersson et al. (2020) ger personerna uttryck för samma känsla - de äldre hade inte så mycket gemensamt med de yngre personerna. Personerna i studien berättar hur de blev inbjudna att delta i ett utbildningsprogram som anordnades av rehabiliteringsteamet efter utskrivning från sjukhuset. Deras perspektiv, att få en hjärtinfarkt i ung ålder, togs dock inte upp under mötena. Personerna hade önskat att programmet var mer individanpassat, och med mer flexibilitet. På grund av att mötena hölls under dagtid fick de svårt att medverka, till exempel för att de då var bundna till arbetstider.

En artikel lyfter hur bristen på emotionellt stöd från sjuksköterskor gav konsekvenser för personers tillit till vården. Personerna beskrev hur de haft behov av att diskutera med sjuksköterskan om sin egen personliga erfarenhet av sjukdomen och vad som hade hänt. De behövde någon som kunde ge dem tid att berätta och ha tiden att lyssna, visa intresse och erbjuda anpassad vård. De ville känna att de blev omhändertagna. Sjuksköterskan mätte istället bara mätbara parametrar som blodtryck, puls och andningsfrekvens och fokuserade på att utföra uppgifter och procedurer. Att sjuksköterskan inte

hade tid för dem fick dem att känna sig bortstötta och de tappade förtroendet för både sjuksköterskan och sjukvården generellt (Andersson et al., 2020).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ämnet bestämdes genom diskussioner om områden som författarna ansåg vara intressanta, där en enighet fanns i omvårdnad inom hjärtsjukvård. Valet att beskriva patientens perspektiv gjordes med tanke på den framtida professionens arbete med personcentrerad vård, och att det därmed skapas ett krav på att se kunna patienten som en person med individuella behov och inte som endast mottagare av medicinska åtgärder. För det krävs att sjuksköterskor har kunskaper om hur sjukdomar påverkar människan i alla aspekter av hennes liv, något som denna studie förhoppningsvis bidrar till.

Syftet med denna studie var att beskriva personers erfarenheter av stödets betydelse efter att ha genomgått en hjärtinfarkt. Att utforma en egen kvalitativ studie med intervjugrupper hade varit ett lämpligt sätt att besvara syftet, men på grund av den korta tid som var utsatt för detta arbete ansåg författarna att en litteraturöversikt var lämpligast att genomföra. Polit och Beck (2017, s. 178) förklarar en litteraturöversikt som en sammanfattning av bevis på ett forskningsproblem, och Rosén (2017, s. 375-377) menar att en sådan studie kan ge en överblick av den nuvarande kunskapen inom ett ämne. För att stärka studiens kvalitet är det viktigt att den är trovärdig, menar Lincoln och Guba (1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 787). För att en studie ska kunna anses som trovärdig ska den uppfylla fyra kriterier: tillförlitlighet, giltighet, verifierbarhet och överförbarhet. Trovärdigheten kan stärkas genom hur man utformar studien (Lincoln and Guba, 1985 refererad i Polit & Beck, 2017, s. 787). En litteraturstudie ska följa ett systematiskt arbetssätt, och genom att följa niostegsmodellen framtagen av Polit och Beck (2017, s. 144) möjliggjordes en effektiv insamling, bearbetning och redovisning av data. Författarna till denna studie anser att den tydliga redovisningen av stegen i niostegsmodellen ökar studiens tillförlitlighet och verifierbarhet då det ger läsaren en inblick i både datainsamlings- och analysprocessen. Med verifierbarhet menas att uppsatsen kan skrivas om av utomstående genom att följa de 9 stegen författarna beskrivit i metoden (Polit & Beck, 2017, s. 145). Artiklarna som användes söktes efter i databaserna CINAHL och MEDLINE, vilka är databaser med brett utbud av omvårdnadsartiklar (Polit & Beck, 2017, s. 150-153) och som därför bedömdes vara lämpliga att använda. Att använda två databaser ansågs ge större möjlighet att hitta artiklar som väl besvarade syftet, och också höja tillförlitligheten i studien.

Ett av de inklusionskriterier för artiklarna som eftersöktes i databaserna var att de skulle vara peer-reviewed. Att en artikel är peer-reviewed innebär att minst två forskare oberoende av varandra läst och granskat studien (Polit & Beck, 2017, s. 969). Författarna till den här studien anser att detta ökar studiens tillförlitlighet. Ett annat inklusionskriterium var att artiklarna skulle vara originalartiklar. Originalartiklar är rekommenderade vid litteraturöversikter, då de skrivs av de författare som själva har genomfört studien (Polit & Beck, 2017, s. 143). Författarna anser att att använda sig av originalartiklar minskar risken för att någon annan ska ha feltolkat resultatet, och stärker därmed tillförlitligheten i resultatet i denna litteraturöversikt. Det tredje inklusionskriteriet var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2013-2022. Författarna till den här studien bedömde att det var ett spann som skulle bidra till att artiklarna var representativa för den sjukvård och omvårdnads kunskap som finns idag, och att det stärker tillförlitligheten. Två sökningar utfördes i CINAHL och en i

MEDLINE, detta för att öka chanserna att hitta artiklar som besvarade syftet. En av söktrådarna i CINAHL var identisk med den i MEDLINE, då den söktråden ansågs vara mest anpassad efter syftet. De artiklar som ansågs vara relevanta för syftet hittades i de båda databaserna, vilket motiverade en andra söktråd som senare användes i CINAHL. Ur den andra sökningen i CINAHL fann författarna bara en artikel som var relevant för syftet vid läsning av abstrakt, men den exkluderades vid läsning i fulltext. Att författarna endast fann 10 artiklar lämpliga att använda i resultatet kan ha flera orsaker. En orsak kan vara att författarna endast sökte i två databaser. Användandet av fler databaser hade kunnat generera andra artiklar än de som ansågs vara lämpliga från sökningarna i CINAHL och MEDLINE. En annan orsak kan vara att sökorden och söktrådarna som författarna använde var för snäva och att lämpliga artiklar därför sållades bort redan i sökningen. Författarna resonerar att sökorden dock var väl anpassade efter syftet, och att söktrådar bestående av andra sökord inte hade genererat träffar lämpliga för att besvara syftet.

För att säkerställa studiens giltighet granskades samtliga artiklar med hjälp av SBU:s mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier (SBU, 2020). Kvalitetsgranskning utfördes på de 10 artiklar som författarna bedömt vara lämpliga för resultatet. Författarna granskade artiklarna var för sig och sedan tillsammans för att diskutera sina fynd. Granskningen ledde dock till exkluderandet av 1 artikel (Fuochi & Foá, 2017), då innehållet inte var tillräckligt utförligt för att adekvat besvara syftet. Detta lämnade 9 artiklar som kunde användas för resultatet. 8 av 9 artiklar har godkänts av en etisk kommité, och 1 artikel följer etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning. Samtliga artiklar hade en kvalitativ studiedesign, och beskrev personers erfarenheter av stöd och stödets betydelse för livet efter hjärtinfarkt. Efter detta inleddes processen med att ta ut meningsbärande enheter och omvandla dessa till subteman och teman. Teman används för att kunna göra mening åt och identifiera en upplevelse och hur den yttrar sig. Datamaterialet delas först in i breda kategorier och sedan snävare teman (Polit & Beck, 2017, s. 755). En tematisk analys grundas ofta i likhetsprincipen och kontrastprincipen. Likhetsprincipen letar efter enheter med liknande innehåll, symboler och meningar. Kontrastprincipen vill istället finna skillnader i hur innehåll och symboler skiljer sig från andra innehåll och symboler för att kunna avgöra vad som är särskiljande bland de framväxande temana och kategorierna (Polit & Beck, 2017, s. 756). En tematisk analys ska upptäcka både likheter och även söka efter naturlig variation. I en tematisk analys bör inte enbart de teman som uppkommer uppmärksammas, utan även deras mönster. Med detta menas att ta hänsyn till relationerna inom datan, en särskild kontext, och identifiera vad som ledde fram till de observerade förekomsterna och vad som kom som konsekvens av det (Polit & Beck, 2017, s. 756). Genom att följa de sex stegen i Braun och Clarkes (2006, s. 79) modell för tematisk analys kunde författarna strukturera analysera texterna och få en överblick av innehållet. Modellen underlättade för identifieringen av teman, och för vilka teman som hade tillräckligt mycket innehåll för att adekvat kunna svara på syftet.

För att undvika feltolkningar i analysen av artiklarna har författarna till denna studie valt att först läsa alla artiklar på egen hand och sedan diskutera sina fynd med varandra. Artiklarna har sedan lästs igenom ytterligare gånger för att i den mån det går säkerställa en korrekt tolkning av texten och de meningsbärande enheterna. Viktigt att ta hänsyn till i analysen är förekomsten av bias. Bias är en

påverkan som kan förvränga resultatet, och hota en studies validitet och trovärdighet (Polit & Beck, 2017, s. 242). Författarna till den här studien är medvetna om att bias kan förekomma hos artikelförfattare, och har därför varit noga med att se efter om de klargör att de inte har några konkurrerande intressen som skulle kunna påverka resultatet. Författarna är också medvetna om att bias kan finnas även hos de själva, till exempel underliggande tankar om vilka slutsatser som ska komma av studien och att de därför letat efter meningar som stämt överens med tankarna och ignorerat meningar som sagt motsatsen. Författarna hävdar att de genom att vara medvetna om detta minskat risken för ett förvrängt resultat. De har även diskuterat texterna med en tredje part för att undvika felaktiga och subjektiva tolkningar. Dock anser författarna att en tolkning aldrig kan vara objektiv och att bias därmed är oundvikligt, om än omedvetet. De ser en fördel i att ha varit två personer som tolkar de valda artiklarna först oberoende av varandra och sedan tillsammans, eftersom de anser att det ger en starkare analys med mindre risk för bias.

För att en studie ska ha hög överförbarhet ska resultatet kunna överföras på andra grupper och kontexter (Lincoln och Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 246). Författarna till denna studie anser att det resultatet visar om stödets betydelse går att överföra även till andra kontexter. Detta för att det beskriver hur en livsomställande sjukdom påverkar livet. I och med att studien inkluderat personer i åldrar lägre än genomsnittet för hjärtinfarkt som uppgett särskilda behov av individanpassat stöd stärks även överförbarheten till andra grupper med liknande upplevelser. Däremot anser författarna att studien inte är lika överförbar till andra länder där premisserna för vård och vårdens resurser skiljer sig markant från de länder artiklarna kommer från. Detta då de menar att behoven kan se så pass annorlunda ut att stödet antingen får större eller mindre betydelse. Överförbarheten hade kunnat stärkas av att inkludera fler artiklar, och artiklar från länder i alla världsdelar. Att detta inte gjordes beror på att sökningarna inte genererade syftesbesvarande artiklar från några andra länder än de som inkluderades i denna studie. Dock är ett argument för studiens överförbarhet till andra länder att samtliga artiklar redovisade liknande betydelse av det stöd som erhöles och fanns avsaknad av.

Slutligen vill författarna sammanfatta några styrkor och svagheter med denna litteraturstudie. Att författarna har följt ett systematiskt arbetssätt har höjt tillförlitligheten. Genom att redovisa när materialet samlades in stärks studiens verifierbarhet. De valda artiklarna har genomgått en kvalitetsgranskning vilket har höjt giltigheten för studien. En av svagheterna har varit att ingen av författarna har skrivit en uppsats på denna nivå tidigare vilket innebär att kunskap om litteraturstudiens utformning saknas. Vidare har författarna endast använt en kombination av sökord som genererat resultatartiklar. Detta kan ha påverkat studiens tillförlitlighet negativt.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva personers erfarenheter av stödets betydelse efter genomgången hjärtinfarkt. Resultatet resulterade i tre teman *Livet efter hjärtinfarkt*, *Informativt stöd* och *Emotionellt stöd*. Varje tema hade två subteman vardera: *Att anpassa sig efter kroppsliga*

begränsningar och Att genomföra livsstilsförändringar, Att få informativt stöd och Avsaknad av informativt stöd, samt Att få emotionellt stöd och Avsaknad av emotionellt stöd. I följande del diskuteras och lyfts fynden tillsammans med andra artiklar samt det valda begreppet *lindra lidande*.

Livet efter hjärtinfarkt

Resultatet under temat *Livet efter hjärtinfarkt* visar att personer upplever kroppsliga begränsningar efter genomgången hjärtinfarkt. Hjärtinfarkten ger biverkningar för den fysiska kroppen, och dessa påverkar också personen emotionellt. Personerna beskriver att de med stödets hjälp kunde upprätthålla en positiv inställning, vilket gav bättre förutsättningar för återhämtningen. Detta lyfts även i en studie av Salminen-Tuomaala et al. (2012), som menar att den nya situationen annars kan vara en riskfaktor för depression. Detta kan kopplas till känslan av hopplöshet och det minskade självförtroendet som uppstår till följd av den långvariga tröttheten och den nedsatta fysiska förmågan, vilket skildras i resultatet. Eriksson (2015, s. 26) beskriver att ångest är en diffus känsla som kan växa till olidlighet. Eriksson menar att det första steget från lidandet tas när personen ger sin ångest en bestämning, alltså anger vad den är och vad den beror på. Detta innebär samtidigt att patienten först ska gå in i lidandet - i lidandet finns nämligen en övertygelse om att föra kampen, om att ge upp eller att fortsätta kämpa. Detta går att koppla till det som resultatet i det här temat visar om psykisk påverkan och vikten av positiv inställning, och det stöd som sjuksköterskorna gav i återhämtningsprocessen. Det är i detta sammanhang också viktigt att sjuksköterskor ger personen rum att lida, något som Eriksson (2018, s. 397-398) menar är av betydelse för att kunna lindra lidande.

I resultatet beskrivs även vad som hjälpte personer att genomföra livsstilsförändringar. Hjärtrehabiliteringen beskrivs som vägledande och stödande, vilket även Bourke et al. (2022) lyfter fram som en motiverande faktor till att fortsätta sin fysiska träning. De beskriver att hjärtinfarktens effekter på såväl det fysiska som det emotionella planet, motiverade personer att ta del av hjärtrehabiliteringen. Med tanke på den mentala påverkan som livet efter hjärtinfarkt för med sig, är det viktigt att personerna tar del av hjärtrehabiliteringen för att kunna bli stöttade i sin återhämtning. Det är också viktigt, som Eriksson (2018, s. 395-396) beskriver, att personerna känner sig välkomna att ta del av det stödet. Hjärtrehabiliteringen är en plats där personen regelbundet möter sjuksköterskan, och skapar ett tillfälle för sjuksköterskan att hjälpa personen och därmed lindra det lidande som personen kanske upplever.

Informativt stöd

I resultatet under rubriken *Informativt stöd* framförs personers uppskattning för den information gällande läkemedel som de erhöll från sjuksköterskorna. I den informationen ingick råd om hur de bäst kunde undvika överansträngning av hjärtat. Personerna uppskattade även att få lära sig mer om hur levnadsvanor kan påverka risken för kardiovaskulära sjukdomar. Resultatet visar även att personer ofta var osäkra på vad som orsakar hjärtinfarkt, och att de gärna önskat mer information och stöd i det. Astin et al. (2008) beskriver att personerna ansåg information om att leva med och att hantera risken för ett återinsjuknande, vara särskilt viktig att ta del av. Eriksson (2018, s. 360) beskriver att med varje ny vårdssituation kommer förväntningar, men utan förståelse tillkommer

också ett lidande. Resultatet visar att personerna uppskattade information som bidrog till ökad förståelse för det nya livet, vilket innebär att informationen gällande läkemedel, levnadsvanors påverkan och risken för återinsjuknande lindrar det lidande som personer kan uppleva till följd av bristen på förståelse för sin nya situation.

I resultatet beskriver personer hur de på sjukhuset fick information och utbildning, men att sjuksköterskorna inte hade tid för att ha en dialog med dem. I en studie av Salminen-Tuomaala et al. (2012) uttryckte personer att tiden de spenderade på sjukhuset efter hjärtinfarkten var för kort och att de inte fick tillräcklig med information om hur livet skulle komma att förändras när de väl kommit hem igen. Den första tiden efter en hjärtinfarkt är ofta karakteriserad av rädslor och känslor av osäkerhet (Astin et al., 2008). Personerna i den föreliggande studien menar att de kom hem från sjukhuset med frågor om sin nya situation, men inte hade någon att fråga eller rådgöra med. Det personerna beskriver är motsatsen till vad Eriksson (2015, s. 91) menar är att handla för att minska lidande. För att kunna lindra lidande måste sjuksköterskor visa i sina handlingar att de finns där för personen när denne har behov av det. Resultatet visar att sjukvården i vissa fall brister när det gäller sjuksköterskornas tillgänglighet och förmåga att möta sina patienter. Detta skulle istället kunna bidra till ett ökat lidande för personerna. Eriksson (2015, s. 91) framför också att personer inte alltid upplever att deras lidande kan lindras - men att de är rädda för att bli lämnade ensamma. Tyvärr visar resultatet att detta är något som personerna ändå upplever.

Gambling (2003) beskriver också att personerna ofta var för chockade för att ta in informationen som gavs på sjukhuset, något som Astin et al. (2008) instämmer i. De tillägger även att personerna uppskattade en kombination av skriftlig och muntlig information. Ovan diskuterade erfarenheter framhäver vikten av att kunna ha en dialog med sjuksköterskorna under vårdtiden, och även första tiden hemma. Eriksson (2018, s. 397-398) menar att personens lidande kan minskas om denne hålls informerad. Att individanpassa sättet att ge information på, att erbjuda både skriftlig och muntlig information, är ett relativt enkelt sätt att minska onödigt lidande - vilket Eriksson (2018, s. 395-396) menar att sjuksköterskor ska sträva efter.

Emotionellt stöd

I resultatet under temat *Emotionellt stöd* uttrycker personerna sin uppskattning över att kunna ringa en kontaktsjuksköterska efter utskrivning, och tillägger att denne tog in personernas oro. Oro är enligt Astin et al. (2008) ofta en del av livet efter hjärtinfarkt. Lidell et al. (1998) beskriver att oron ofta är relaterad till existentiella värden. Det som beskrivs i referaten kopplar till stödet som personerna i den föreliggande studien upplevde av att delta i stödgrupper som en del av hjärtrehabiliteringen. Där fick de mod och blev inspirerade att leva sina liv som de ville. De ville inte bli begränsade av rädslan för riskerna som kunde komma av att fullfölja de planer och önskningar som de haft innan insjuknandet. Detta återkopplar även till en upplevelse som beskrivs i temat *Informativt stöd* - personerna kände stöd av att samtala om att leva med risken för ett återinsjuknande. Astin et al. (2008) beskriver hur rädslan gjorde att personerna undvek aktiviteter som de tänkte kunde frammana en ny hjärtinfarkt. Även Lidell et al. (1998) framför att ångest ofta uttrycktes genom inaktivitet hos personerna. Eriksson (2018, s. 346) menar att lidande kan skapas av

känslan att inte ha makt nog att kunna kontrollera sitt liv - ett lidande som personerna i den föreliggande studien ger uttryck för att vilja komma bort ifrån. Resultatet visar hur sjuksköterskans stöttning blev en motivator för personerna till att fortsätta besöka hjärtrehabiliteringen, vilket även beskrivs av Bourke et al. (2022). De betonar också i sin studie att personerna kände sig trygga med att utföra träningspass på hjärtrehabiliteringen. Detta för att de då var övervakade och därmed snabbt kunde få hjälp ifall att något skulle hända i samband med den fysiska ansträngningen. Det är möjligt att tänka att inaktiviteten som beskrivs, både av Lidell et al. (1998) och i resultatet i den föreliggande studien, skulle kunna omvandlas till en ökad aktivitet med stöd från hjärtrehabiliteringen. Detta sammantaget visar hur sjuksköterskor kan lindra personers lidande genom att stödja deras känsla av kontroll.

Resultatet visar att emotionellt stöd från familjen ofta fungerade som en tröst och en tillgång i återhämtningen, då det blev en extra motivator vid utförandet av fysisk aktivitet. Här krävs ytterligare en koppling till temat *Informativt stöd*. Personerna beskriver där hur de önskat att familjen fått ta del av hjärtrehabiliteringen då deras okunskap kring hur mycket personen fick och kunde anstränga sig blev ett hinder i personens fysiska rehabilitering. Lidell et al. (1998) menar att personerna hade ett särskilt behov av att få emotionellt stöd av familjen. Betydelsen och behovet av att få emotionellt stöd från familjen förklarades med tanken om att den intimitet som finns inom familjen, karaktäriserad av ömsesidigt förtroende, respekt, kärlek och god förståelse för varandra, är kärnan i hur man uppfattar emotionellt stöd (Brown & Harris, 1978; Weiss, 1974, refererade i Lidell et al., 1998).

Resultatet visar att personer mår bra av att få känna sig sedda och få delta i en gemenskap. Eriksson (2018, s. 360) menar att känslan av att bli sedd av andra kan minska onödigt lidande och ge hopp om att det nya livet efter sjukdomen kommer bli bra ändå, trots den livsomställning som den kanske innebär. Det Eriksson här framför, bekräftar allvaret i personernas erfarenheter av att både hjärtrehabiliteringens stödgrupper och familjen var viktiga faktorer i det upplevda emotionella stödet efter hjärtinfarkten.

SLUTSATSER

Stödande vård är en förutsättning för en god återhämtning efter att ha genomgått en hjärtinfarkt. Att ta del av hjärtrehabiliteringen kan personer, genom både emotionellt och informativt stöd, få en ökad förståelse för sig själva och för hjärtinfarktens naturliga konsekvenser. Stödet kan också frambringa insikten om att man inte är unik i det man upplever - man är inte ensam. Den ökade förståelsen kan leda till en högre begriplighet för det som sker i livet efter hjärtinfarkt. Ofta kan kunskap lindra den oro som personen upplever. Informativt stöd bör därför ges på sjukhus, men än viktigare är att personer fortsätter få informativt stöd under en längre tid för att ges en möjlighet att ta in och förstå det som sägs.

Hjärtrehabiliteringen skapar möjligheter för personer att träffa andra som befinner sig i olika stadier, men i samma situation. Genom att ta del av andras framgångar kan personerna få syn på fördelarna med livsstilsförändringar, och därmed bli mer motiverade att ändra sina egna beteendemönster. Hälsosamma levnadsvanor efterföljs också lättare med familjens stöd. Därför är det väsentligt att den information som går ut till personen också går ut till familjen. Att familjen får ta del av hjärtrehabiliteringen kan ge dem en ökad förståelse för både personen, och de förändringar som är nödvändiga. Detta kan hjälpa dem med att erbjuda sitt stöd till personen.

Författarna till denna studie föreslår vidare forskning inom detta ämne. Om sjuksköterskor ges en inblick i hur personer upplever tiden efter hjärtinfarkt får de kunskaper om hur de bättre kan agera för att stötta dessa personer. Genom att handla för en välkomnande, ärlig och personcentrerad vård, kan de också erbjuda en stödande vård som lindrar lidande och möjliggör en starkare återhämtning för de personer som genomgått en hjärtinfarkt.

REFERENSER

Resultatartiklar är markerade med asterisk (*)

*Admi, H., Eilon-Moshe, Y., Levy, H., Eisen, I., Nikolsky, E., Gepstein, L., Satran, C. & Ore, L. (2019). "It's up to me with a little support"- Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *International journal of nursing studie*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>

*Andersson, E. K., Skär, L. & Hjelm, M. (2020). Care experiences of younger people and next of kin following myocardial infarction. *Cardiac nursing*, 15(12). <https://doi.org/10.12968/bjca.2020.0076>

Astin et al. (2008) Astin, F., Closs, J. S., MClenachan, J., Hunter, S. & Priestley, C. (2008). The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education & Counselling*, 73(2), 325-332. doi: 10.1016/j.pec.2008.06.013

*Birtwistle, S. B., Jones, I., Murphy, R., Gee, I. & Watson, P. M. (2021). "Do what you want with a happy heart": A longitudinal study of patient and family members' lived experiences of physical activity post-myocardial infarction. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878560>

Bourke, A., Niranjana, V., O'Connor, R. & Woods, C. (2022). Barriers to and motives for engagement in an exercise-based cardiac rehabilitation programme in Ireland: a qualitative study. *BMC Primary Care*, 23(28), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01637-7>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Coull, A. & Pugh, G. (2021). Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study, *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 1-9. doi:10.1186/s12872-021-01898-7

Dreyer, R-P., Pavlo, A-J., Horne, A., Dunn, R., Danvers, K., Brush, J., Slade, M. & Davidson, L. (2021). Conceptual framework for personal recovery in patients with acute myocardial infarction. *Journal of the American heart association*, 10(19). doi: 10.1161/JAHA.121.022354

Ericson, E. & Ericson T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2. uppl.). Liber.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet - om det tidlösa i tiden*. Liber.

Forslund, A-S., Lundblad, D., Jansson, J-H., Zingmark, K., Söderberg, S. (2013). Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about what lifestyle means to them: a mixed methods study. *BMC Cardiovascular Disorders* 13(62), doi: 10.1186/1471-2261-13-62

Gambling, T. (2003). A qualitative study into the informational needs of coronary heart disease patients. *International Journal of Health Promotion and Education*, 41(3), 68-76. doi: 10.1080/14635240.2003.10806228

Grech, E. D. (2003). Percutaneous coronary intervention. II: The procedure. *BMJ*, 326(7399), 1137–1140. doi:10.1136/bmj.326.7399.1137

ICN (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses. Hämtad 20 april 2022 från https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Institutet för stressmedicin (2022). *Socialt stöd*. Hämtad 15 maj 2022 från https://www.vgregion.se/ov/ism/arbetsliv/organisatorisk-arbetsmiljo/socialt_stod/

*Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M. (2013a). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and critical care nursing*, 30, 22-30. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>

*Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M. (2013b). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 1-8. DOI: 10.1111/scs.12058

Kristensson, J. (2017). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kristofferzon, M., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope - experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 367-375. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x

Li, Y., Hong, M. & Liu, G. (2021). Changes in the Quality of Life, Psychological Status, Medication Compliance, and Prognosis of Patients with Acute Myocardial Infarction after PCI by Applying PDCA Cycle Management Model, *Evidence-based Complementary & Alternative Medicine (eCAM)*, 2021, 1-8. doi: 10.1155/2021/7318653

Lidell, E., Fridlund, B. & Segesten, K. (1998). Vulnerability factors from a pre- and post-myocardial infarction perspective: a qualitative analysis. *Coronary Health Care*, 2(2), 72-80. doi: 10.1016/S1362-3265(98)80046-1

Lu, L., Liu, M., Sun, R., Zheng, Y., & Zhang, P. (2015). Myocardial Infarction: Symptoms and Treatments. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 72(3), 865–867. doi:10.1007/s12013-015-0553-4

*Merritt, C. J., de Zoysa, N. & Hutton, J. M. (2017). A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction). *British journal of health psychology*, 22(3), 589-608. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12249>

McCance, T. & McCormack, B. (2020). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2. uppl., s. 76-88). Liber AB.

*Nicolai, J., Muller, N., Noest, S., Wilkes, S., Schultz, J-H., Gleibner, C-A., Eich, W. & Bieber, C. (2018). To change or not to change- That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following

acute myocardial infarction. *Chronic illness*, 14(1), 25-41.

<https://doi.org/10.1177/1742395317694700>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (Eds) (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence For Nursing Practice*. (10 th ed.) Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.

Salminen-Tuomaala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M. & Paavilainen, E. (2012). Coping Experiences: A Pathway towards Different Coping Orientations Four and Twelve Months after Myocardial Infarction—A Grounded Theory Approach. *Nursing research and practice*.

<https://doi.org/10.1155/2012/674783>

Saraoudi, R. B., Motmaen M., Maracy, M. R., Pishghadam, E. & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction, *Journal of research in Medical Sciences*, 21, 1-7. Hämtad från https://www.researchgate.net/publication/312347165_Efficacy_of_illness_perception_focused_intervention_on_quality_of_life_anxiety_and_depression_in_patients_with_myocardial_infarction

SBU (2022). Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Hämtad 14 maj 2022 från

<https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/>

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

*Simonj, C-P., Dreyer, P., Pedersen, B-D. & Birkelund, R. (2015). Empowered to gain a new foothold in life- A study of the meaning of participating in cardiac rehabilitation to patients afflicted by a minor heart attack. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10(1).

<https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28717>

Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning. Hämtad 20 april 2022 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen (2021a). Statistik om hjärtinfarkter. Hämtad 20 april 2022 från

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/hjartinfarkter/>

Socialstyrelsen (2021b). *Statistik om hjärtinfarkter 2020*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7648.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

<https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>

Södertörns högskola (2021). Referenser enligt APA-systemet. Hämtad 18 maj 2022 från https://www.sh.se/download/18.55720cd517dc29e7e71954d3/1642604491348/APA-guide_HT21_V2.pdf

WHO (2021a). Cardiovascular diseases (CVDs). Hämtad 20 april 2020 från [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

WHO (2021b). Noncommunicable diseases. Hämtad 20 april 2020 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

*Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B. & Svedberg, P. (2016). Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30633>

Wikström, J. (2018). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Studentlitteratur.

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad den 17 maj 2022 från <https://www.wma.net/policies-post/wmadeclaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

BILAGOR

Bilaga 1, Sökmatrix

Databas och datum	Sökord och kombination av sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal titlar lästa	Antal abstrakt lästa	Antal artiklar lästa i fulltext	Antal exkluderade artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL 220517	1: patient* OR person*	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	1, 209, 839					
CINAHL 220517	2: experience*	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	266, 852					
CINAHL 220517	3: "myocardial infarction OR "post myocardial infarction"	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	20, 704					
CINAHL 220517	4: support OR "emotional support" OR "informational support" OR "social support"	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	252, 714					
CINAHL 220517	1 AND 2 AND 3 AND 4	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	138	138	18	10	6	4
CINAHL	1: patient* OR person*	2013-2022	1, 222, 174					

220522		Peer reviewed Abstrakt tillgängligt						
CINAHL 220522	2: experience*	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	267, 214					
CINAHL 220522	3: "myocardial infarction" OR "heart attack" OR "post myocardial infarction"	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	38, 430					
CINAHL 220522	4: "cardiac rehabilitation"	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	1, 641					
CINAHL 220522	5: support OR "emotional support" OR "informational support"	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	252, 997					
CINAHL 220522	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	16	16	2	1	1	0
MEDLINE 220518	1: patient* OR person*	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	3, 435, 182					

MEDLINE 220518	2: experience*	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	578, 634					
MEDLINE 220518	3: "myocardial infarction OR "post myocardial infarction"	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	72, 749					
MEDLINE 220518	4: support OR "emotional support" OR "informational support" OR "social support"	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	685, 182					
MEDLINE 220518	1 AND 2 AND 3 AND 4	2013-2022 Peer reviewed Abstrakt tillgängligt	367	367	23	11	6	5

Bilaga 2, Artikelmatris

Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalité
Junehag, Asplund	A qualitative study: Perceptions of the	Syftet med denna studie var att beskriva	Intervjustudie med 20 deltagare., 14 män &	Tre teman identifierades: att ha ett annat liv, att behöva hantera situationen och att ha tillgång till	Hög

& Svedlund . 2013a. Sverige.	psychosocial consequences and access to support after an myocardial infarction	individens uppfattning om de psykosociala konsekvenserna av en akut hjärtinfarkt och deras tillgång till stöd ett år efter händelsen.	6 kvinnor.	stöd, med 11 underteman. Under tillfrisknandet upplevde deltagarna psykosociala konsekvenser, bestående av ångest och rädsla för att drabbas igen. De flesta deltagare uppskattade sin mentor och några av de utan mentorer önskade att de hade fått organiserat stöd. Deltagarna var ofta mer missnöjda än nöjda med uppföljningen under återhämtningen.	
Nicolai, Muller, Noest, Wilkes, Schultz, Gleibner, Eich & Bieber. 2018. Tyskland.	To change or not to change- That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction.	Syftet med denna studie var att undersöka nyckelfaktorer relaterade till livsstilsförändringar efter akut hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 21 personer som nyligen hade upplevt en akut hjärtinfarkt. Intervjuerna spelades in på ljud och transkriberades ordagrant. Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet visade att livsstilsförändringar efter en akut hjärtinfarkt påverkas av en kombination av individuella (fysiska och psykologiska) och sociala faktorer. Intervjuerna indikerade behovet av mer personlig information om orsaker och riskfaktorer för sjukdomen, fördelarna med livsstilsförändringar.	Hög
Wieslander, Mårtensson, Fridlund & Svedberg . 2016. Sverige.	Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care.	Att utforska hur kvinnors tillfrisknandeprocess främjas efter en första hjärtinfarkt.	Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnors tillfrisknandeprocess är uppdelad i flera riktningar med en vilja att utvecklas och närma sig ett nytt perspektiv på livet. Kvinnornas möjlighet att närma sig nya perspektiv på livet innefattar hur de hanterar de tre dimensionerna: beteende, det vill säga kvinnors agerande och engagemang i olika aktiviteter; socialt, det vill säga hur kvinnor tar emot och ger stöd i sin sociala miljö; och psykologiska, det vill säga deras sätt att tänka, reflektera och uppskatta livet.	Hög

Admi, Eilon-Moshe, Levy, Eisen, Nikolsky, Gepstein, Satran, & Ore. 2019. Israel.	"Its up to me with a little support"- Adherence after myocardial infarction: A qualitative study.	Att få insikter i de uppfattningar som indikerar hälsorelaterade följsamhetsbeteenden, ur patienters perspektiv som upplevt en hjärtinfarkt.	Studien använde en innehållsanalys metod, med kvalitativa kriterier för att fastställa tillförlitlighet. Intervjuer genomfördes med 22 deltagare.	Deltagarna uttryckte en känsla av självkompetens och förmågan att skraddarsy livsförändringar, enligt personliga preferenser, det behövs för att omsätta viljestyrka till praktik. Yttre motivatorer som familjemedlemmar, särskilt makar och vårdpersonal, är viktiga för att stärka motivationen. Attityder om omsorg, respekt för värderingar och autonomi i motsats till förmyndare upplevdes som hjälpsamma. Deltagarna tyckte att det var fördelaktigt att gå med i ett hjärtrehabiliteringsprogram.	Hög
Simonö, Dreyer, Pedersen & Birkelund. 2015. Danmark	Empowered to gain a new foothold in life- A study of the meaning of participating in cardiac rehabilitation to patients afflicted by a minor heart attack	Denna studie syftade till att undersöka vad det innebär för patienter som drabbats av en mindre hjärtinfarkt att delta i hjärtrehabilitering	Denna studie är en kvalitativ studie bestående av etnografiska fältobservationer, semi-strukturerade fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer. Fältanteckningar och transkriberade intervjuer tolkades med hjälp av en trefasig fenomenologisk-hermeneutisk metod.	Det visade sig att patienter fick stöd för att få förnyad balans i sina liv under hjärtrehabilitering. Tre teman identifierades: (1) att få en hjälpsam men begränsad omtänksam hand, (2) att få stöd för att hitta nya värderingar i livet och (3) att utveckla ansvar för den återstående tiden. Patienterna vägledades noggrant genom en svår tid och fick stöd att fortsätta i en hälsosam vardag. De fick hopp som gjorde det möjligt för dem att hitta ett nytt fotfäste i livet med hänsyn till sin egen känsla av välbefinnande. Denna vägledning och en känsla av hopp gavs av hjärtspecialister och mer erfarna hjärtpatienter.	Hög

Andersson, Skär & Hjelm. 2020. Sverige	Care experiences of younger people and next of kin following myocardial infarction.	Denna studie syftade till att beskriva hjärtvårdsupplevelser hos yngre personer (<55 år) efter hjärtinfarkt och deras anhöriga.	Denna studie använde en explorativ induktiv kvalitativ design som involverade individuella intervjuer med yngre personer och deras anhöriga.	Tre kategorier identifierades och patienter bedömdes vara i behov av: skraddarsydd information, erkännande och en rehabiliteringsplan efter utskrivning.	Hög
Merritt, de Zoysa & Hutton. 2017. England	A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction)	Denna studie syftade till att förstå hur ett urval av män under 45 år anpassade sig till och förstod hjärtinfarkt.	Tio män under 45 år som upplevt hjärtinfarkt under de senaste 3–6 månaderna intervjuades. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades med hjälp av tolkning fenomenologisk analys.	Den här artikeln fokuserar på 3 teman: (1) 'Jag är mindre av en man', som beskrev upplevelser av att förlora 'manlighet' (styrka, oberoende, förmåga att ge) efter hjärtinfarkt; (2) "Förkortade horisonter", som täckte deltagarnas känsla av förkortad framtid och därav följande omprioritering; och (3) "Livet förlorar sin färg", som beskriver förlusten av njutning från livsstilsrelaterade förändringar.	Medelhög

<p>Birtwistle, Jones, Murphy, Gee & Watson. 2021. England</p>	<p>“Do what you want with a happy heart” A longitudinal study of patient and family members' lived experiences of physical activity post-myocardial infarction.</p>	<p>Denna studie syftade till att utforska de levda upplevelserna av patienters engagemang med fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, tillsammans med deras familjs upplevelser.</p>	<p>Denna studie utförde longitudinella intervjuer med sex familjepar som byggde på tolkningsfenomenologi för att förstå de levda erfarenheterna av fysisk aktivitet för post hjärtinfarkt patienter och deras familjemedlemmar.</p>	<p>Deltagarna beskrev en resa som innebar att lämna sitt vanliga liv där de kunde göra vad de ville till ett liv efter hjärtinfarkt som innebär vissa fysiska restriktioner. Denna resa uttrycktes genom känslor av "jag kan inte göra det jag gjorde förut", "att hitta min väg" och "acceptera på det här sättet".</p>	<p>Hög</p>
---	---	---	---	--	------------

<p>Junehag, Asplund & Svedlund . 2013b. Sverige.</p>	<p>Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction</p>	<p>Syftet var att beskriva individuella uppfattningar om deras livsstil och stöd, 1 år efter en akut hjärtinfarkt, med eller utan mentorskap.</p>	<p>Denna studie har en kvalitativ, beskrivande design och är baserad på individuella intervjuer. Personerna intervjuades 1 år efter insjuknandet i sin första hjärtinfarkt. Några studiedeltagare erbjöds en mentor som också genomgått hjärtinfarkt, medan resten utgjorde en kontrollgrupp.</p>	<p>Resultatet visar att under sitt första år av tillfrisknande hade deltagarna med och utan mentorer både liknande och olika reaktioner på att kunna göra förändringar i livsstil. Tre teman växte fram ur innehållsanalysen: "att vara i en drabbad kropp", "att kunna behålla eller ändra livsstil" och "att kunna hantera händelsen".</p>	<p>Hög</p>
--	---	---	---	--	------------



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besøksadress Hølsøvøgen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se