

Personers upplevelser av att förändra sina  
levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt

*En litteraturstudie*

Ellernor Albertsson  
Lina Holmbom

**Sjuksköterska  
2016**

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter  
genomgången hjärtinfarkt  
-en litteraturstudie

People's experiences of lifestyle changes after undergoing a  
myocardial infarction  
- a literature study  
**Ellenor Albertsson &  
Lina Holmbom**

Kurs: O0009H, Examensarbete

Termin 6

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Handledare: Sebastian Gabrielsson

# Personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången

## hjärtinfarkt

-en litteraturstudie

Ellenor Albertsson

Lina Holmbom

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå Tekniska Universitet

### Abstrakt

Hjärtinfarkt är i dag en av de största orsakerna till funktionsnedsättning och död runt om i världen. Egenvård är en stor del av behandlingen efter en hjärtinfarkt och innebär att personen på egen hand eller med hjälp av andra utför vissa delar av sin behandling. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt. Studien gjordes med fokus på ett inifrånperspektiv och är baserad på elva artiklar som analyserats med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Analysen resulterade i fyra kategorier; att stöd från andra ger trygghet till att genomföra förändringar, att rädsla hämmar och bidrar till förändring, att vilja ta hand om sig själv och att hindras från att kunna ta hand om sig själv. Resultatet visar att personer som genomgått en hjärtinfarkt behöver motivation för att kunna förändra sina levnadsvanor. Personerna har ett stort behov av information och kunskap för att kunna förstå sambandet mellan sjukdom och behovet av egenvård. Genom att personen har stöd ifrån ett socialt nätverk och från sjukvården upplever personen en trygghet i att genomföra och motiveras till att behålla de nya levnadsvanorna. Sjukvården bör fokusera på att ge en personcentrerad omvårdnad och kontinuerligt utvärdera hur personens motivation, behov och kunskap förändras över tid.

Nyckelord: litteraturstudie, kvalitativ innehållsanalys, hjärtinfarkt, förändrade levnadsvanor, stöd, information, omvårdnad

Hjärtinfarkt är en av de största orsakerna till funktionsnedsättning och död runt om i världen (Yusuf et al., 2004). Runt 28 000 människor drabbas varje år av en hjärtinfarkt i Sverige. Det innebär att cirka 76 hjärtinfarkter inträffar dagligen i Sverige. Ungefär en fjärdedel av de akuta hjärtinfarkterna leder till döden inom cirka en månad (Socialstyrelsen, 2015a). I Sverige är hjärtinfarkt den vanligaste dödsorsaken och svarar för 30 procent av alla dödsfall. Dödligheten har minskat de senaste 30 åren tack vare framgångar inom forskningen. Trots detta så kommer hjärtinfarkt fortfarande vara en av de vanligaste orsakerna till sjuklighet och död i Sverige i framtiden (Hjärt-och lungfonden, 2016).

Hjärtinfarkt orsakas av att en blodpropp, trombos plötsligt bildas i något av hjärtats kranskärl och en akut syrebrist uppstår. Trombosen uppstår genom att ett aterosklerotiskt plack rupturerar i de inflammerade kärlväggarna och klumpar ihop sig i kärlet. Detta leder till en akut syrebrist i den del av hjärtmuskeln som försörjs av kranskäret. Är syrebristen långvarig dör hjärtmuskelcellerna och då uppstår en irreversibel skada som kallas hjärtinfarkt (Thygesen et al., 2012). Tiden mellan att blodflödet i kärlet stängts av och att skadorna i hjärtat uppstår kan vara mellan 30-60 minuter. Det finns därför möjlighet att kunna lösa upp trombosen med trombolys eller akut-PCI om vård ges i god tid (Ericson & Ericson, 2013, s.102). PCI står för *Perkutan Coronar Intervention* och innebär att det görs en ballongvidgning via en kateter som förs in till förträngningen i kärlet, detta för att öppna det tilltäppta kärlet och underlätta blodtillförseln till hjärtat. Om PCI behandlingen fördröjs kan patienten istället få trombolysbehandling vilket är en behandling med blodproppsupplösande läkemedel (Socialstyrelsen, 2015b).

Det vanligaste symtomet vid hjärtinfarkt är plötsliga och ihållande bröstsmärtor. Flera andra symptom så som smärta i rygg, nacke, käke, utstrålade smärta i arm och smärta i övre delen av magen är vanliga. Även symptom som trötthet, andnöd, illamående, kräkningar och svettningar förekommer (Berg, Björck, Dudas, Lappas & Rosengren, 2009). Diagnosen för hjärtinfarkt ställs genom EKG, blodprov och patientens symptom (Thygesen et al., 2012). Efter en hjärtinfarkt kan olika komplikationer uppstå. Några av de vanligaste är arytmi, hjärtsvikt och plötslig död. Vid en hjärtinfarkt uppstår det bindvävsärr i hjärtmuskeln, vilket i sin tur försämrar hjärtats pumpförmåga (Ericson & Ericson 2013, s. 101). Andra komplikationer som är vanliga efter en

hjärtinfarkt är psykiska problem som till exempel ångest och depression (Brink, Karlson & Hallberg, 2002).

Egenvård är en stor del av behandlingen efter en hjärtinfarkt och innebär att personen på egen hand eller med hjälp av andra utför vissa delar av sin behandling. Egenvården är individuell och bedöms utifrån patientens psykiska och fysiska hälsa och med hänsyn till hens livssituation i övrigt (Socialstyrelsen, 2013). Efter en hjärtinfarkt identifierar vårdpersonalen vilka individuella riskfaktorer patienten har och en rehabiliteringsplan utformas för att förändra och se över patientens levnadsvanor. Detta görs för att hjärt-och kärlsjukdomar i viss mån kan förebyggas med hjälp av sunda levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2015b). Åtgärderna kan vara att göra kostförändringar, hantera stress och delta i stödgrupper. Information och utbildning kring riskfaktorer, viktnedgång, rökavvänjning och medicinering är av vikt (Fridlund, 2002). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) ges rekommendationer om metoder för att kunna stödja patientens förändringar av ohälsosamma levnadsvanor. De nationella riktlinjerna visar på att merparten av alla åtgärder är någon form av rådgivning eller samtal. Yusuf et al. (2004) visar i sin studie som omfattar 52 länder att 2/3 av alla hjärtinfarkter skulle kunna förebyggas genom sunda levnadsvanor. Nio riskfaktorer beskrivs öka risken för en akut hjärtinfarkt och dessa är rökning, fysisk inaktivitet, intag av mättat fett, psykosocial stress, höga blodfetter, högt blodtryck, fetma, typ-2 diabetes och ärftlighet. Nittio procent av alla akuta hjärtinfarkter kan förutsägas av dessa riskfaktorer. De två viktigaste riskfaktorerna är dock rökning och höga blodfetter, tillsammans står de för 2/3 av världens hjärtinfarkter (Yusuf et al., 2004).

En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att arbeta hälsofrämjande genom att utbilda och stödja patienter till egenvård. Vid hjärtinfarkt har patienter visat sig ha ett stort behov av egenvård utbildning, stöd och rådgivning. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har en god pedagogisk kunskap och förmåga (Mohammadpour, Rahmati Sharghi, Khosravan, Alami & Akhond, 2015). McKinley et. al. (2009) menar att en relativt kort utbildning och rådgivning ger ökade kunskaper och förbättrade attityder hos patienter med hjärtinfarkt. Det är viktigt att som sjuksköterska vara en resurs och kunna se till patienters olika behov. Att individanpassa informationen utifrån patientens unika situation är viktigt, samt att kunna lyssna till patientens

berättelse och få en förståelse av hans erfarenhet av situationen och känslor som uppkommit (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008). I en studie av Johansson, Salanterä et al. (2003) beskrivs det att en del patienter vet väldigt mycket om sin sjukdom medan andra har mindre kunskap samtidigt som de är rädda för att fråga. Sjuksköterskan bör därför alltid ta reda på hur mycket kunskap patienten besitter för att kunna försäkra sig om att alla patientgrupper får tillräcklig information. Större vikt bör läggas på mångfalden av rådgivningsmetoder för att ytterligare kunna individanpassa informationen (Johansson, Salanterä et al., 2003). Vårdplanen skall alltid utformas utifrån patientens unika behov, coping strategier, inre styrka och dess hopp inför framtiden. Detta kan vara till stor hjälp för att stödja hen till att hantera sina fysiska och känslomässiga begränsningar samt symptom. Sjuksköterskan kan också vara en tillgång för att kunna bedöma kvalitén på det sociala stödet och graden av inblandning av närstående. Studier har visat att det kan behövas stöd från vårdpersonal i längre perioder. Det kan då vara en fördel att motivera patienter till att själva strukturera upp ett rehabiliteringsprogram som inkluderar familjemedlemmar och närstående (Kristofferzon et al., 2008).

## **Syfte**

För att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal ska kunna stödja personer som genomgått en hjärtinfarkt till livsstilsförändringar, baserat på deras individuella behov är det viktigt att dem har kunskap och förståelse om hur det upplevs att förändra sina levnadsvanor. Denna kunskap är även viktig för närstående och andra medmänniskor runt omkring den drabbade personen. Syftet med denna studie var därför att beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt

## **Metod**

För att beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt har en kvalitativ ansats använts. Enligt Bengtsson (2016) används en kvalitativ ansats då syftet är att beskriva individens upplevelser.

## **Litteratursökning och urval**

För att få fram vetenskapliga artiklar användes de bibliografiska referensdatabaserna Cinahl och PubMed. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) är Cinahl och Pubmed två stora

databaser som inrymmer ett brett utbud av referenser till vetenskapliga artiklar inom området hälso- och sjukvård.

Inledningsvis gjordes pilotsökningar för att säkerställa att det fanns tillräcklig forskning inom området. Sökord togs sedan fram via Svensk Mesh för att få fram rätt termer inför sökningarna. Både ämnesord och fritextsökning användes. I Cinahl användes Cinahl Headings och i PubMed användes MeSH-termer, vilka enligt Willman et al. (2011, s. 70) är ämnesord som finns i databasernas uppslagsverk. Ämnesorden kan dock skilja sig åt inom databaserna, vilket innebär att man måste slå upp dess definition i databasen ämnesordlista. Fritextord är sökord som söker bredare än ämnesorden och ger fler men ospecificerade träffar (Willman et al., 2011, s. 69, 75).

De ämnessökord som användes var: *Myocardial infarction, lifestyle, lifestyle changes, myocardial ischemia, coronary disease, coronary artery disease, attitudes to health, secondary prevention, interviews as topic, nursing methodology research, qualitative research*. De fritextord som användes var: *Self care, nursing, patients experiences, qualitative, quality of life, lifestyle changes(s), lifestyle modification(s), behavior changes(s), physical activity, dietary changes, smoking cessation, acute myocardial infarction, heart attack, ischemic heart disease, coronary heart disease, peoples experience(s), patients experience(s)*.

De inklusionskriterier som användes var vuxna patienter som har drabbats av en hjärtinfarkt. Personerna ska ha eller försökt genomgå förändrade levnadsvanor och kunna beskriva deras upplevelser i relation till dessa. De exklusionskriterier som användes var barn under 18 år. Artikelsökningarna begränsades med fulltext, peer reviewed, engelsk text och årtal 2000-2016.

Sökningarna resulterade i totalt 135 artiklar; 92 i PubMed och 43 i Cinahl. Alla titlar lästes först igenom och de artiklar där titel svarade mot syftet togs ut. Sedan lästes totalt 112 abstrakt, 77 från PubMed och 35 från Cinahl. Av dessa valdes 16 artiklar varav sju artiklar från PubMed och nio artiklar från Cinahl, som svarade mot syftet; Personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt (se tabell 1).

**Tabell 1** Översikt litteratursökning

---

**Syftet med sökning: Beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt**


---

PubMed 2016-09-12 Begränsningar: 2000-2016, full text, peer reviewed, english language

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
1	MSH	"myocardial infarction" [MeSH Terms] OR "myocardial ischemia" [MeSH Terms] OR "coronary disease" [MeSH Terms] OR "coronary artery disease" [MeSH Terms]	381749			
2	FT	"acute myocardial infarction" OR "heart attack" OR "coronary heart disease" OR "ischemic heart disease"	116104			
3		1 OR 2	414703			
4	MSH	"attitude to health" [MeSH Terms]	334568			
5	FT	"peoples experience" OR "peoples experiences" OR "patient experience" OR "patient experiences"	4161			
6		4 OR 5	337391			
7	MSH	life style" [MeSH Terms] OR "secondary prevention" [MeSH Terms]	88471			
8	FT	"lifestyle change" OR "lifestyle changes" OR "lifestyle modification" OR "lifestyle modifications" OR "behavioural change" OR "behavioural changes" OR "smoking cessation" OR "dietary changes" OR "physical activity"	121438			
9		7 OR 8	195543			
10	MSH	"qualitative research" [MeSH Terms] OR "interviews as topic" [MeSH Terms] OR "nursing methodology research" [MeSH Terms]	81509			
11	FT	"qualitative"	167526			
12		10 OR 11	212574			
13		3 AND 6 AND 9 AND 12	111			
14		Peer reviewed, full text, english language	92	2016-09-12	77	5

---

 \*)MSH- Mesh termer i databasen PubMed, CH- CINAHL headings i databasen CINAHL, FT- fritextsökning



**Forts. Tabell 1. Översikt litteratursökning**


---

**Syftet med sökning: Beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt**


---

Cinahl 2016-09-07 Begränsningar: 2000-2016, full text, peer reviewed, english language

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
1	MSH	(MH "Myocardial Infarction+")	24,477			
2	MSH	(MH "Life Style Changes")	6055			
3	FT	self care	28,599			
4	FT	nursing	498,731			
5	FT	patients´experiences	15,820			
6	FT	qualitative	78,443			
7	FT	quality of life	72,634			
8		S2 OR S3	34,266			
9		S4 OR S5	510,110			
10		S1 AND S8 AND S9	46			
11		Peer reviewed, full text, english language	43	2016-09-07	35	6

---

 \*MSH- Mesh termer i databasen PubMed, CH- CINAHL headings i databasen CINAHL, FT- fritextsökning
 

---

**Kvalitetsgranskning**

De 16 artiklarna kvalitetsgranskades sedan med stöd från protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod. I protokollet behandlas delar som metodval, syfte, etiskt resonemang, urval, huvudfynd etc. (Willman et al., 2011). Artiklarna granskades utifrån de totalt 16 punkter som fanns med i protokollet. Varje positivt svar gav ett poäng och varje negativt eller ej tillämpligt svar fick noll poäng. Resultatet omvandlades sedan till procent. Enligt Willman et al. (2011) räknas artiklar med 100-80% som hög kvalitet, 70-79% som medelhög kvalitet och 60-69% som låg kvalitet. 11 av de 16 artiklarna bedömdes vara av hög eller medelhög kvalitet och

inkluderades i studien, de fem studier som inte hade nog hög kvalitet uteslöts från studien (se tabell 2).

**Tabell 2.** Översikt av artiklar (n=11)

Författare, år, land	Typ av studie	Deltagare	Metod	Huvudfynd	Kvalitet
Bergman & Berterö, (2001), Sverige	Kvalitativ studie	Totalt 8 personer, 5 män och 3 kvinnor, 49-68 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> Hermeneutisk	Patienter kommer ofta på sina uppföljningsbesök efter en hjärtinfarkt men har svårt att genomföra livsstilsförändringar. Genom att identifiera egenskaper, förutsättningar och svårigheter gällande patienternas efterlevnad bör det vara möjligt att göra behandlingen mer individuell.	Medel, 75 %
Cole et al. (2013), Irland	Kvalitativ studie	Totalt, 45 personer, 38 män och 7 kvinnor, 50-80 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> Tematisk innehållsanalys	För att stödja livsstilsförändringar behöver man stödja patienternas svårigheter med att övervinna negativ social påverkan och upprätthålla intresset för ett sunt leverne.	Hög, 81 %
Condon & McCarthy (2006), Irland	Kvalitativ studie	Totalt, 10 deltagare, 9 män och 1 kvinna, 38-75 år	<u>Datainsamling</u> Djup intervjuer <u>Dataanalys</u> Tematisk innehållsanalys	Studien belyser behovet av att utveckla primärvården och hjärtrehabiliteringsprogram för att stödja patienter samt att tillhandahålla information till familjer för att minska ångest och rädsla.	Hög, 81 %
Doyle et al. (2012), England	Kvalitativ studie	Totalt, 9 personer, 5 män och 4 kvinnor, 49-69 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> Fenomenologi	Motivation rörande beslut om kosten förändras över tid och är starkt influerad av en rädsla för framtida hjärtproblem	Hög, 81 %

**Forts. Tabell 2. Översikt av artiklar (n=11)**

<b>Författare, år, land</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Metod</b>	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalitet</b>
Dullaghan et al. (2014), England	Kvalitativ studie	Totalt, 15 personer, 11 män och 4 kvinnor, 44-73 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> Innehållsanalys	Patienternas erfarenhet och uppfattning av sin sjukdom påverkar motivationen för beteendeförändring och hjärtrehabilitering.	Hög, 81 %
Farooqi et al. (2000), England	Kvalitativ studie	Totalt, 44 personer, 24 män och 20 kvinnor, 40-72 år	<u>Datainsamling</u> Kvalitativ gruppintervju <u>Dataanalys</u> Innehållsanalys	Syd asiater behöver individuellt anpassad hälsofrämjande vård då det finns kulturella och språkliga hinder	Medel 75 %
King et al. (2007), Kanada	Kvalitativ studie	Totalt, 22 personer, 11 män och 11 kvinnor, 44-79 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> Grundad teori	Kanadas ursprungsbefolkning förstår och hanterar sin hjärtsjukdom utifrån historiska, sociala och kulturella faktorer.	Hög, 81 %
Kärner et al. (2005), Sverige	Kvalitativ studie	Totalt, 113 personer, 84 män och 29 kvinnor, under 70 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> Fenomenografisk analys	Fyra huvudkategorier beskriver patienternas upplevelser av möjliggörande eller hindrade faktorer som påverkar förmågan att göra livsstilsförändringar.	Hög, 81 %
Rogerson et al. (2012), Australien	Kvalitativ studie	Totalt, 15 personer, 12 män och 3 kvinnor, 57-75 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade djupintervjuer <u>Dataanalys</u> Innehållsanalys	Studien identifierar hindrande och möjliggörande faktorer vid hjärtsjukdom och depressiva symptom där inaktiva patienter rapporterar fler hinder och färre möjliggörande faktorer än aktiva deltagare.	Hög, 81 %

*Forts. Tabell 2. Översikt av artiklar.*

Författare, år, land	Typ av studie	Deltagare	Metod	Huvudfynd	Kvalitet
Schou et al. (2008), Danmark	Kvalitativ studie	Totalt, 6 personer, 6 kvinnor, 59-81 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> Jämförande analys	Kvinnor som deltar i hjärtrehabiliteringsprogram har lättare att eliminera riskfaktorer än de som inte deltar	Medel 75 %
White et al. (2011), England	Kvalitativ studie	Totalt, 15 personer, 11 män och 4 kvinnor, 42-65 år	<u>Datainsamling</u> Semistrukturerade djupintervjuer <u>Dataanalys</u> Tematisk innehållsanalys	Trots kostinformation fokuserar hjärtpatienter på att man behöver avstå från vissa livsmedel istället för att öka andelen hälsosamma alternativ.	Hög, 81 %

### Dataanalys

Den analysmetod som användes utgick ifrån Bengtsson (2016) som beskriver hur man planerar och utför en kvalitativ studie med innehållsanalys. Litteraturstudien gjordes med fokus på ett inifrånperspektiv med induktiv och manifest ansats. Bengtsson (2016) menar att en manifest analys skiljer sig ifrån en latent genom att den manifesta analysen avspeglar vad som konkret står i texten och där används även citat för att styrka de centrala aspekterna. En induktiv ansats innebär enligt Bengtsson (2016) att analysen utgår ifrån innehållet i texten och att författaren inte utgår ifrån någon teori när analysarbetet påbörjas.

Utifrån Bengtssons (2016) metod lästes all data igenom för att få ett helhetsperspektiv. Sedan togs textenheter ut ur texten som svarade mot syftet och dessa översattes. Originaltexten lästes senare om igen parallellt med den slutgiltiga listan av textenheter för att säkerhetsställa att all relevant data utifrån syftet blev inkluderad. Textenheterna kondenserades sedan vilket innebär att antalet ord minskas utan att kärnan i innehållet går förlorat. De kondenserade textenheterna delades sedan stegvis in i kategorier där textenheter med liknande innehåll sorterades under samma subkategori. Subkategoriseringen gjordes i flera steg tills fyra slutgiltiga kategorier framkommit. Bengtsson (2016) menar att det är viktigt att textenheterna inte platsar under flera kategorier utan endast en (se tabell 3).

**Tabell 3. Exempel på analysförfarande-översikt**

Textenheter	Översättning	Kondensering	Sub-kategori 1	Sub-kategori 2	Kategori
“I’m sitting there not smoking but they still smoke you know. . . . So I really didn’t get that much support at home. . . . ’Cause everybody smokes. Then I told them well, go ahead and smoke, I thought I could handle it after but then I didn’t”.	“Jag sitter där och röker inte medan de fortfarande röker om du förstår. . . . Så jag fick inte så mycket stöd hemma. För alla röker. Jag sa till dem, varsågod och rök, jag trodde att jag kunde hantera det men det kunde jag inte”.	Att inte kunna sluta röka och uppleva ett dåligt stöd från familjen då dem fortfarande röker.	Omgivande faktorer som påverkar vid förändring	Att stöd är viktigt för att kunna genomföra förändrade levnadsvanor	Att stöd från andra ger trygghet till att genomföra förändringar

## Resultat

Syftet var att beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt. Analysen resulterade i fyra kategorier, (se tabell 4), och redovisas nedan i brödtext med citat från de vetenskapliga artiklarna.

**Tabell 4 Redovisning av kategorier (n=4)**

Kategorier
Att stöd från andra ger trygghet till att genomföra förändringar
Att rädsla hämmar och bidrar till förändring
Att vilja ta hand om sig själv
Att hindras från att kunna ta hand om sig själv

### **Att stöd från andra ger trygghet till att genomföra förändringar**

I ett flertal studier (Bergman & Berterö, 2001; Cole, Smith, Hart & Cupples, 2013; Doyle, Fitzsimons, McKeown & McAloon, 2012; King, Sanguins, McGregor & LeBlanc, 2007; Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren & Bergdahl, 2005) beskrev personer som genomgått en hjärtinfarkt att stöd från andra ingav trygghet, vilket underlättade genomförandet av livsstilsförändringar. De beskrev att de upplevde både ett praktiskt och emotionellt stöd där familjen spelade en stor roll för att dem skulle kunna upprätthålla de nya vanorna (Cole et al., 2013; King et al., 2007; Kärner et al., 2005). Stöd från människor med liknande erfarenheter upplevdes också viktigt då de kunde dela erfarenheter och stötta varandra (Cole et al., 2013). Personerna upplevde att det var viktigt att ha ett socialt nätverk omkring sig bestående av familj, vänner eller arbetskamrater som gav stöd. Stödet kunde innebära att de anpassade sig till deras behov, gav positiva påminnelser som uppmuntrade till förändring och gav en känsla av att inte vara ensam (Bergman & Berterö, 2001; Cole et al., 2013; King et al., 2007; Kärner et al., 2005).

*My wife and I go walking in the afternoons. It gives more satisfaction both physically and mentally. (Kärner et al., 2007, s.267)*

I ett flertal studier (Bergman & Berterö, 2001; Cole et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; Doyle et al., 2012; King et al., 2007; Kärner et al., 2005) beskrev personerna att de upplevde ett stort stöd och en trygghet från vårdpersonal då de hade professionell kunskap inom området. Det beskrevs också som viktigt att vårdpersonal bidrog till förståelse för hjärtinfarkten och kunskap om hur de kunde förändra sina levnadsvanor. Ett tidigt inbokat möte efter sjukhusvistelsen beskrevs ge en känsla av att inte vara bortglömd (Bergman & Berterö, 2001). Relationen till sin vårdgivare var av stor vikt och en empatiskt och tillitsfull kommunikation bidrog till en trygghet i att genomgå förändring (Cole et al., 2013; King et al., 2007).

*I cannot speak highly enough of that practice ... such great care, the time they have for you, they get to know you as a person. (Cole et al., 2013, s.5)*

Personer som genomgått en hjärtinfarkt beskrev att de upplevde att brist på stöd från vården ledde till bristande motivation att genomföra förändringar (Cole et al., 2013; Doyle et al., 2012;

Kärner et al., 2007). I studien av Cole et al. (2013) beskrev dem att de inte visste var de skulle vända sig för att få information eller att de fått förvirrande information samt dubbla budskap kring sin diagnos. Det gjorde att dem ifrågasatte ifall det verkligen var relevant med en hälsosammare livsstil för dem. I ett flertal studier (Cole et al., 2013; Doyle et al., 2012; King et al., 2007) beskrev personerna en svårighet i att förstå den information som gavs kring livsstilsförändringar och upplevde att vårdpersonalen talade över huvudet på dem. Det fanns också de som inte vågade ställa frågor på grund av en bristande tillit till vårdpersonalen. Detta resulterade i bristande information och kunskap (King et al., 2007).

*I'm not much of a talker and then I didn't really ask questions. I guess I just expected them to tell me. They didn't tell me much.* (King et al., 2007, s. 1080)

Personerna beskrev hur den sociala omgivningen helt saknade förståelse för den utmaning som förändrade levnadsvanor innebar. De upplevde inte bara brist på stöd utan blev även negativt påverkade av personerna i sin omgivning (Cole et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; King et al., 2007; Kärner et al., 2005). Framförallt påverkades personer negativt av omgivningen när det handlade om kost, tobak och alkohol (Condon & McCarthy, 2006; King et al., 2007).

*I'm sitting there not smoking but they still smoke you know. . . . So I really didn't get that much support at home. . . . Cause everybody smokes. Then I told them well, go ahead and smoke, I thought I could handle it after but then I didn't.* (King et al., 2007, s. 1080)

### **Att rädsla hämmar och bidrar till förändring**

Personer som genomgått en hjärtinfarkt beskrev i studier (Cole et al., 2013; Kärner et al., 2007; Rogerson, Murphy, Bird & Morris, 2012) att de upplevde att rädslan både hämmar och bidrar till att genomgå förändrade levnadsvanor. De upplevde en rädsla för att ytterligare göra skada på hjärtat och en osäkerhet kring hur träningen påverkade. I Cole et al. (2013) och Kärner et al. (2007) beskrevs sjukdomen medförda en minskad självkänsla, en osäkerhet kring sin kropp och en känsla av genans över att inte kunna klara av saker på egen hand. Känslan av oro beskrevs

också gällande en brist på kontroll när behovet av säkerhet och kontroll inte tillfredsställdes under genomförandet av livsstilsförändringarna (Kärner et al., 2007).

*That I'm 'down', not motivated. Worried about my heart, don't want to exert myself.* (Kärner et al., 2007, s. 269)

Känslan av rädsla ledde för personer som genomgått en hjärtinfarkt till motivation för att förändra sina levnadsvanor (Cole et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; Doyle et al., 2012; King et al., 2007). Personerna kände sig tacksamma över att ha överlevt hjärtinfarkten och upplevde att de fått en andra chans (Condon & McCarthy, 2006; King et al., 2007). Att känna en rädsla för att dö eller drabbas av olika funktionshinder och hur det skulle påverka anhöriga blev en stor källa till motivation. Personerna upplevde att de inte hade något val och kände sig tvungna till att förändra sina vanor för att förhindra att drabbas av en ytterligare hjärtinfarkt. De ville inte dö eller genomgå en till operation och såg hjärtinfarkten som en varning och kände rädsla för framtida hälsa. Det upplevdes som den viktigaste anledningen för att hålla sig frisk (Cole et al., 2013; Doyle et al., 2012).

*Makes you think about it, that's for sure, think about your family, your, your grandchildren, stuff like that. . . . Makes you think, sit down and think. . . . What (would) happen if I had a major heart attack you know? . . . Now I have a second chance.* (King et al., 2007, s.1079)

### **Att vilja ta hand om sig själv**

I studier (Bergman & Berterö, 2001; Cole et al., 2013; Doyle et al., 2012) beskrev personer som genomgått en hjärtinfarkt att de kände ett personligt ansvar kring att ta hand om sig själv vilket gav motivation till att göra en förändring. Förändringarna beskrevs som lättare att genomföra när de hade en positiv inställning till förändring (Bergman & Berterö, 2001) och de beskrev att de peppade sig själva och skippade ursäkterna vilket underlättade och gav en känsla av självkontroll. Självkontrollen ledde till att de bestämde sig för att ta tag i sina liv för gott och kände både motivation och viljestyrka (Doyle et al., 2012; Condon & McCarthy, 2006;



Dullaghan, Lusk, McGeough, Donnelly, Herity & Fitzsimons, 2014; Kärner et al., 2007; Rogerson et al., 2012).

*Well, it was easy. It is like stopping smoking. Once you feel you have to do something, you just do it and get on with it. It isn't a problem.*

(Doyle et al., 2012, s. 35)

Att sätta upp tydliga och meningsfulla mål, för en själv och ens familj, beskrevs av personerna ge fokus på förändring (Cole et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; Kärner et al., 2007; Rogerson et al., 2012). Genom att strukturera upp sin vardag med rutiner och planering beskrevs underlätta att nå de uppsatta målen (Kärner et al., 2007). Att nå de uppsatta målen och känna fördelarna med en hälsosammare livsstil och dess positiva hälsoeffekter gjorde dem motiverade att behålla de nya vanorna (Bergman & Berterö, 2001; Cole et al., 2013; Doyle et al., 2012; Dullaghan et al., 2014; Schou, Jensen, Zwisler & Wagner, 2008). Hjärtinfarkten ledde till en medvetenhet kring sina ohälsosamma beteenden och ledde till beslutsamhet kring att istället göra medvetna och hälsosamma val (Doyle et al., 2012). Dem som identifierade sina riskfaktorer beskrev att de fick en förståelse för sambandet mellan hjärtinfarkten och behovet av att förändra sina levnadsvanor vilket uppmanade dem till handling (Kärner et al., 2007). Känslan av att de ville få sitt liv att fungera och återgå till vardagen igen gjorde att de utmanade sig själva. Dem kände att de kunde acceptera livet efter hjärtinfarkten, och trots att det inte skulle komma att bli exakt som förut beskrev de sig ha en känsla av att det skulle bli bra ändå (Condon & McCarthy, 2006; King et al., 2007).

*Okay, you're going to change. You're going to get well. You'll do things that you normally do, but there's some things that you're going to have to change.* (King et al., 2007, s. 1079)

Personerna som inte ville eller inte hade motivation till att förändra sina levnadsvanor beskrev att de upplevde det negativt med en hälsosam livsstil. De hade inte suget efter nyttig mat, tyckte att träningen var tråkig och fann ingen uppenbar anledning till att förändra sina levnadsvanor (Cole et al., 2013; Farooqi, Nagra, Edgar, & Khunti, 2000; Kärner et al., 2007; Rogerson et al., 2012;

White, Bissell, & Anderson, 2011). Dem som inte upplevt tydliga symptom från hjärtinfarkten hade särskilt svårt att inse vikten av att förändra sina levnadsvanor (Kärner et al., 2007). Andra erkände sig behöva dessa livsstilsförändringar men beskrev att de varken kände viljestyrka eller motivation för att anta och bibehålla dessa (Dullaghan et al., 2014; Rogerson et al., 2012).

*I haven't tried because I'm not motivated. The heart attack isn't enough to motivate me.* (Kärner et al., 2007, s. 269)

### **Att hindras från att kunna ta hand om sig själv**

Personerna i studier (Cole et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; Doyle et al., 2012; Dullaghan et al., 2014; Farooqi et al., 2000; King et al., 2007; Kärner et al., 2005; Rogerson et al., 2012; White et al., 2011) som genomgått en hjärtinfarkt upplevde att det fanns olika hinder som gjorde det svårt att förändra och behålla sina levnadsvanor). Dem beskrev det som en kamp att försöka stå emot frestelser och att det var extra svårt i sociala sammanhang (Cole et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; Doyle et al., 2012; King et al., 2007; White et al., 2011). Att unna sig godsaker var något som dem beskrev sig ha svårt att ge upp från sin kost (Doyle et al., 2012).

*I treat myself on a Saturday, and that's the truth. I would eat a big bar of chocolate like. But I do sometimes during the week I fall off the wagon, and get a chocolate bar or something like that.* (Doyle et al., 2012, s. 36)

Att hindras från att kunna ta hand om sig själv beskrevs bland annat bero på att dålig ekonomi (King et al., 2007; Rogerson et al., 2012). Att inte kunna äta rätt saker på grund av att de hälsosamma matvarorna kostade för mycket pengar upplevdes som hindrande. Även tillgången till hälsosamma livsmedelsbutiker påverkade deltagarnas kost (King et al., 2007). Personerna beskrev även att andra sjukdomar utgjorde ett hinder för att kunna utföra livsstilsförändringar (Cole et al., 2013; Farooqi et al., 2000; King et al., 2007; Rogerson et al., 2012; Schou et al., 2008; White et al., 2011). Det kunde handla om till exempel diabetes som försvårar det att gå på promenader eller smärta från sin artrit (Cole et al., 2013; Schou et al., 2008). Personerna kände även en nedstämdhet och en brist på energi som gjorde att de inte kunde ta sig ur sängen för att

träna (Condon & McCarthy, 2006; Rogerson et al., 2012). Personerna beskrev att de kände sig begränsade då det krävdes en så stor anpassning för att kunna utföra hälsofrämjande aktiviteter (Kärner et al., 2007).

*The only problem I have now is I can't walk very far because of my legs . . . 'Cause I broke my hip long time ago and it really hurts when I walk even a block. That's my problem. I like to walk but I just can't do it. It's too painful.* (King et al., 2007 s. 1081)

Geografiska faktorer så som långa avstånd till sin vårdcentral beskrevs av personer som genomgått en hjärtinfarkt utgöra hinder för att få tillgång till hjälp och stöd (King et al., 2007). Även klimatet försvårade genomförandet av livsstilsförändringarna genom att extrema temperaturer och dåligt väder hindrade dem från bland annat motion (King et al., 2007). Kultur och religion beskrevs vara en viktig aspekt då det kom till förändringsarbetet (Farooqi et al., 2000; King et al., 2007), då dem upplevde en svårighet i att träna bland andra då de inte kände sig bekväma att träna i grupper där både män och kvinnor deltog (Farooqi et al., 2000). Kulturella normer där det ansågs vara fint att vara mullig försvårade för viktnedgång. Några kände därför en oro över att inte längre uppfattas som attraktiva (King et al., 2007). Personer med en stark andlig tro ville inte spekulera i framtiden och ansåg att livet hade sin gilla gång. Dem beskrev det därför som svårt att se de långsiktiga fördelarna med att förändra sina levnadsvanor (King et al., 2007). Även språket kunde vara ett hinder för att kunna få och tillgodogöra sig rätt information från sjukvården. Äldre personer som genomgått en hjärtinfarkt beskrev att de ibland tog med sig sina barn för att få hjälp med översättning då sjukvårdspersonalen inte pratade deras språk. Detta kunde resultera i problem och missförstånd då barnen inte alltid översatte ordagrant (Farooqi et al., 2000).

*I have to take one of my children to the doctors and hospital. They sometimes get annoyed and don't explain things properly to the doctors, so yes language is a problem.* (Farooqi et al., 2000, s. 296)

Personerna som genomgått en hjärtinfarkt beskrev att kunskap om hjärtinfarkt är en förutsättning för att framgångsrikt kunna ta hand om sig själv och kunna förändra sina levnadsvanor (Bergman & Berterö, 2001; Cole et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006). De uttryckte att det var viktigt att veta vad det är man behöver göra och inte göra för att lyckas med de nya vanorna (Condon & McCarthy, 2006). Personerna beskrev sig uppleva en svårighet i att hantera alla förändringar på en gång och behövde därför kunskap om hur de skulle strukturera upp förändringsarbetet (Condon & McCarthy, 2006).

*I thought I needed a little bit of change for sure, first of all I must give up the cigarettes and maybe not work such long hours, take things a little easier, sleep a little bit longer than usual, watch my weight and exercise more... what a task, it is not easy.* (Condon & McCarthy, 2006, s. 41)

## Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt. Analysen resulterade i fyra kategorier; att stöd från andra ger trygghet till att genomföra förändringar, att rädsla hämmar och bidrar till förändring, att vilja ta hand om sig själv och att hindras från att kunna ta hand om sig själv. Resultatet kopplas till Orems (1991) egenvårdsteori (self care theory) som beskriver att alla människor har en förmåga till egenvård men att denna förmåga varierar beroende på individuella förutsättningar.

I vår studies resultat framkom det att stöd från andra ger trygghet till att genomföra förändringar. Att få stöd från familj och vänner men även från sjukvården ger trygghet som uppmuntrar till förändring. Jones, Greenfield och Jolly (2009) menar att stöd till personer som genomgår livsstilsförändringar kan förbättra deras välbefinnande, öka deras livskvalitet och förbättra deras hälsoreultat. Vår studies resultat visar att personer som inte får tillräcklig information och kunskap kring sin diagnos ifrågasatte huruvida livsstilsförändringar är relevant för dem. Alsén, Brink och Persson (2008) beskriver i sin artikel att personer som inte uppfattade sin sjukdom som allvarlig inte heller kände samma motivation till att förändra sina levnadsvanor. I kontrast

till detta sökte de personer som ansåg att hjärtinfarkten var kronisk mer kunskap och information för att förändra sina levnadsvanor. De spenderade också mer tid till att reflektera över möjliga anledningar till deras hjärtinfarkt. Orem (1991) beskriver i sin teori om egenvård att förmågan till egenvård påverkas av den förståelse och kunskap en person har om sin sjukdom. Om förståelse finns ökar också motivationen till att utföra egenvård. Orem beskriver även att anhörigas stöd är av stor betydelse för personer som skall utföra egenvårdsaktiviteter. Om stöd från familj och vänner saknas blir det desto viktigare med stöd från vårdpersonal för att personen ska kunna utföra livsstilsförändringar (Orem 1991). Denna studies resultat visar att stöd från andra är otroligt viktigt för att personer som drabbats av hjärtinfarkt ska kunna förändra sina levnadsvanor. Stöd från familj och vänner underlättar och uppmuntrar inte bara personen utan ger även en inre trygghet till att själv kunna ta tag i sitt liv och göra livsstilsförändringar. Orem (1991) beskriver att det är viktigt med ett bra stöd från vårdpersonal om stödet från den sociala omgivningen är bristfällig. Att få kunskap och information leder till motivation och ger en förståelse till varför det är så viktigt att förändra sina levnadsvanor.

Resultatet från vår studie visar att rädsla både kan hämma och bidra till förändring. Wiles och Kinmonth (2000) menar att rädslan ofta kommer ifrån hur man ser på sin sjukdom och detta påverkar sedan hur motiverad man är till att utföra livsstilsförändringar. Att ha en förståelse för att hjärtinfarkten är ett akut symtom på en underliggande sjukdomsprocess och hur det påverkar kroppen är viktigt. Detta då det kan motivera till att genomföra en livsstilsförändring genom att förstå att dessa beteendeförändringar kan leda till att kontroll över sjukdomsprocessen (Wiles & Kinmonth, 2000). Orem (1991) beskriver att det är viktigt med en stark motivation och en vilja att inte drabbas av sjukdom igen för att lyckas med sin egenvård. Det leder till en känsla av att det finns ett syfte med egenvården (Orem, 1991). Denna studies resultat visar att det är viktigt för personer som känner att rädslan hämmar dem till att förändra sina levnadsvanor får hjälp med motivationen. De behöver känna att det finns ett tydligt syfte och mål med förändringarna precis som Orem beskriver.

Resultatet i vår studie visar att det fanns en vilja att ta hand om sig själv hos personer som genomgått en hjärtinfarkt. Personerna kände ett personligt ansvar till att förändra sina levnadsvanor. Detta gav en känsla av självkontroll som gav både motivation och viljestyrka. Vårt

resultat visar att det var viktigt att finna en acceptans i livet trots genomgången hjärtinfarkt. Johansson, Dahlberg och Ekebergh (2003) menar att personer som genomgått en hjärtinfarkt fått ett annat perspektiv på livet där man måste försonas med sin hjärtinfarkt för att kunna fortsätta med sitt liv. Detta är nödvändigt menar Johansson et al. (2003) för att återupprätta en sund relation med sig själv, sitt liv, sin kropp och hitta en väg tillbaka till ett normalt liv igen. Vår studie visar på att det fanns personer som inte ville förändra sina levnadsvanor. De kände inte någon uppenbar anledning till att förändra sina liv, medan andra erkände sig behöva det men saknade motivation och viljestyrka för att genomgå en livsstilsförändring. Wiles och Kinmonth (2000) menar att personer som saknar motivation ofta inte upplever ett direkt hot mot deras hälsa och känner därför inte samma viljestyrka till att förändra sina levnadsvanor. Motivationsbristen verkar också kunna länkas till den information som getts från vårdpersonal och den uppfattning som personen har kring sin egen sjukdom och uppfattningen hur hjärtinfarkten har påverkats av ohälsosamma levnadsvanor (Wiles & Kinmonth, 2000). Orem (1991) menar att alla människor besitter en förmåga att kunna utföra egenvård men att inte alla tar initiativ till att utföra egenvård. En person som inte klarar av att tillgodose sina egenvårdsbehov efter en hjärtinfarkt lider av egenvårdsbrist enligt Orem's teori. Om brister i egenvårdskapaciteten förekommer är det enligt Orem sjuksköterskans uppgift att stödja personen till någon form av egenvård. Orem beskriver också att det inte alltid bara handlar om en bristande motivation utan kan även bero på att det saknas kunskap som leder till en bristande förståelse för vikten av egenvård. Får personerna rätt stöd och information kan personerna sedan frivilligt börja engagera sig i sin egenvård (Orem, 1991). Därför behöver personer som inte känner en vilja till att förändra sina levnadsvanor behöver rätt information och kunskap. Detta kan vara nyckeln till att personer väljer att förändra sina levnadsvanor. Finns det en bristande motivation så beror det kanske på en bristande kunskap och information.

Vår studies resultat visar att personer som genomgått en hjärtinfarkt kan hindras från att kunna ta hand om sig själva. I resultatet framkom att det kunde upplevas som en kamp om att behålla sina nya och hälsosamma vanor, speciellt i sociala sammanhang. Astin, Atkin och Darr (2008) menar att familjen ibland kan utgöra hinder då nyttig mat inte vill ätas av hela familjen. Detta försvårade matsituationen vilket många gånger ledde till att personen som behövde förändra sina kostvanor upplevde en stor svårighet att göra det på grund av det sociala sammanhanget.

Personerna i vår studie kände även ett hinder i att kunna ta hand om sig själv då de led av energibrist och hade andra fysiska sjukdomar som utgjorde hinder för förändring. Brink, Karlson och Hallberg (2006) skriver i sin artikel att trötthet och andra hälsoproblem efter en hjärtinfarkt gjorde att personerna många gånger inte orkade utföra fysisk aktivitet då de kände en brist på energi. I vår studies resultat framkommer det att språket kan vara ett hinder för att kunna förändra sina levnadsvanor. Detta då språket kan utgöra ett hinder för att som patient kunna tillgodogöra sig rätt information från sjukvården. Många gånger blir det anhöriga som får agera tolk åt sin släkting och detta kan bli problematiskt. Astin et al. (2008) menar att det kan bli problem när en familjemedlem följer med sina anhöriga till läkaren för att översätta samtalet. Det kan bli problem för att de ibland översätter fel och viktig information kan gå förlorad. Ytterligare ett problem kan vara att familjemedlemmen väljer att undanhålla information för att inte utsätta sin anhöriga för oro och stress (Astin et al., 2008). Orem (1991) beskriver i sin teori att vissa människor inte kan utföra åtgärder som leder till hälsa och välbefinnande. Det handlar då inte alltid bara om att personen saknar motivation till egenvård utan det finns även andra faktorer som påverkar förmågan till egenvård. Dessa faktorer är bland annat miljö, ålder, bristande kunskap eller sjukdom menar Orem (1991). Därför behöver personer som hindras från att kunna ta hand om sig själva rätt information och kunskap men också tillgång till hjälpmedel som är anpassat utifrån deras behov.

### **Omvårdnadsintervention**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelser av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt. Resultatet visar att det utifrån Orem's egenvårdsteori (1991) krävs en individuell handlingsplan för hur varje enskild individ ska lägga upp sitt förändringsarbete utifrån individuella förutsättningar. Resultatet av denna studie kan vara av vikt när det kommer till hur vårdpersonal bemöter, rehabiliterar och informerar kring egenvård till personer som genomgått en hjärtinfarkt. Resultatet visar att personer som genomgått en hjärtinfarkt och som försöker förändra sina levnadsvanor har ett stort behov av information kring sin diagnos men behöver också förstå sambandet mellan sjukdomen och sina levnadsvanor. Vårdpersonal behöver därför ta reda på hur mycket individuell kunskap varje individ besitter för att kunna fylla de kunskapsluckor som finns. Det är även viktigt att information och kunskap ges till anhöriga då det har visat sig att dem spelar en central roll i den

sjukes liv för att både ta tag i och upprätthålla förändrade levnadsvanor. Resultatet visar att motivation är kopplat till vilken kunskap och förståelse man har till sin sjukdom. Van Der Wal et al. (2006) beskriver i sin studie hur följsamhet och kunskap interagerar med varandra. Patienter med mycket kunskap hade också en högre följsamhet och tvärtom. Ross, Ohlsson, Blomberg och Gustafsson (2015) beskriver i sin studie att det inte räcker med en standardiserad undervisning för att ta till sig information och ändra sitt beteende. Dem menar att undervisningen istället bör anpassas till varje individ och deras unika situation. Denna slutsats kommer även Fredericks, Beanlands, Spalding och Da Silva (2010) fram till och menar att ett personcentrerat förhållningssätt resulterar i en ökad kunskap och ger en bättre följsamhet till de förändrade levnadsvanor som behöver göras. Studier visar (Fredericks et al., 2010; Jaarsma et al., 2012) att uppföljning av hjärtinfarktspatienters egenvård, motivation och kunskap bör göras av sjukvården. Det minskar risken för att personer avslutar sitt förändringsarbete när de stöter på hinder. Det räcker inte att följa upp patienten någon enstaka gång utan kontinuerlig utvärdering bör göras för att utvärdera hur det går för patienten i förändringsarbetet. Genom att bedöma patientens personliga situation kan insatserna från sjukvården anpassas utifrån den enskilda individens behov (Fredericks et al., 2010; Jaarsma et al., 2012).

### **Metoddiskussion**

För att beskriva personers upplevelser är en kvalitativ ansats lämplig som metod. Valet av metod motiverades av Bengtsson (2016) som menar att en kvalitativ forskningsmetod är lämplig att använda då man får en förståelse för personers upplevelser i en viss situation. Då syftet var att beskriva personers upplevelser av förändrade levnadsvanor efter en genomgången hjärtinfarkt gjordes en litteraturöversikt. En litteraturöversikt innefattar flera olika studier och resultatet blir därför mer omfattande. Bengtsson (2016) menar att trovärdighet i en studie uppnås utifrån begreppen pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet och tillförlitlighet och diskuteras nedan i metodkritiken.

Pålitlighet enligt Bengtsson (2016) handlar om hur studieprocessens tillvägagångssätt utförts på ett korrekt och metodiskt sätt. Holloway och Wheeler (2010, s. 302-303) menar att resultatet ska kunna upprepas under liknande förutsättningar. Analysprocessen ska tydligt kunna följas av den som tar del av arbetet. Under litteratursökningen gjordes begränsningar gjordes i sökningen, en



av dessa var att artiklarna skulle vara mellan år 2000-2016. Denna begränsning gjordes för att få fram tillräcklig forskning inom området. Sexton år kan dock ses som en väldigt lång tidsperiod då hjärtsjukvården utvecklats mycket. Men personers upplevelser behöver inte alltid stå i relation till hjärtsjukvårdens utveckling. Under granskningen av artiklarna framkom ingen väsentlig skillnad gällande personers upplevelser i nya respektive äldre artiklar. De sexton artiklarna som valdes ut till studien kvalitetsgranskades. Detta gjordes med stöd från protokoll för kvalitetsbedömning av artiklar med kvalitativ metod Willman et al. (2011). Elva artiklar valdes slutligen ut efter att de bedömts som medel eller av hög kvalitet. En procentindelning valdes att göras för att få fram en tydligare kvalitetsbedömning. De fem artiklar som valdes bort ansåg vi inte uppnå tillräcklig kvalitet eller svarade inte mot syftet. Dock kan det på grund av bristande erfarenhet och kunskap vara så att felaktiga bedömningar gjorts i kvalitetsgranskningen. Under studiens gång har materialet diskuterats med kurskamrater, handledare och lärare. Genom att låta andra personer som inte är involverade i studien läsa och ha åsikter om materialet så ökar pålitligheten menar Bengtsson (2016).

Överförbarhet handlar enligt Bengtsson (2016) om att studien ska kunna överföras till liknande miljöer och grupper. Artiklarna som valdes ut kommer ifrån olika länder; Australien, Danmark, England, Irland, Kanada och Sverige. Det kan vara en fördel då man får en bred kunskap inom området. Det kan dock även vara en nackdel då möjligheter till vård kan se olika ut i världen, samt att överförbarheten för liknande i studier i Sverige minskar. Dock är majoriteten av alla artiklarna utförda i länder som har liknade sjukvårdssystem som Sverige.

Bekräftelsebarhet menar Bengtsson (2016) att man som författare uppnår genom att vara neutral och inte ha förutfattade meningar. Holloway och Wheeler (2010, s. 303) menar att det är av vikt att kunna följa hur författarna gått till väga och kunna ta del av ursprunglig data.

Bekräftelsebarheten har stärkts i studien då citat från de vetenskapliga artiklarna som studien utgått ifrån finns med i texten på originalspråk (Holloway & Wheeler, 2010, s. 302-304).

Tillförlitlighet handlar enligt Bengtsson (2016) om hur författaren framför kunskapen från originalkällan utan att förvränga den. Holloway och Wheeler (2010, s. 302-303) menar att den som tar del av arbetet ska känna igen sig i resultatet. Under vårt analysarbete lästes artiklarna

flera gånger för att få en känsla av innehållet och textenheter plockades ut som svarade mot syftet. Dessa jämfördes och diskuterades gemensamt för att slutligen enas kring de slutgiltiga textenheterna. Att göra detta på skilda håll stärker tillförlitligheten menar Bengtsson (2016). I nästa steg översattes de engelska textenheterna till svenska. Detta gjordes noggrant med hjälp av lexikon. Textenheterna kondenserades genom att minska antalet ord utan att förlora innehållets mening. Genom att vi under arbetet med studien varit noggranna i översättning och kondensering av textenheter så minskar risken för tolkningsfel. Textenheterna delades sedan in i kategorier under flera steg. Detta tills de slutgiltiga kategorierna framkommit och textenheterna endast platsade under en slutkategori. Det är enligt Bengtsson (2016) viktigt att göra denna process upprepade gånger för att öka tillförlitligheten.

### Slutsats

Slutsatsen av denna studie visar att personer som genomgått en hjärtinfarkt behöver motivation för att kunna förändra sina levnadsvanor. Personerna har ett stort behov av information och kunskap för att kunna förstå sambandet mellan sjukdom och behovet av egenvård. Genom att personen har stöd ifrån ett socialt nätverk och från sjukvården upplever dem en trygghet i att genomföra och motiveras till att behålla de nya levnadsvanorna. Motivation till att förändra sina levnadsvanor påverkas positivt av förståelse och kunskap om sin sjukdom men kan även hämmas av rädsla. Det finns hinder som försvårar förändringen av personers levnadsvanor. Det är då extra viktigt att vårdpersonal ser varje unik person och utgår från hans individuella situation. Sjukvården bör fokusera på att ge en personcentrerad omvårdnad och kontinuerligt utvärdera hur personens motivation, behov och kunskap förändras över tid. Vidare forskning bör därför titta närmare på hur motivation, behov och kunskap förändras under livsstilsförändringarnas gång. Det kan ge vårdpersonal mer kunskap i hur man på bästa sätt bemöter, rehabiliterar och informerar personer som har behov av att förändra sina levnadsvanor efter genomgången hjärtinfarkt.

## Referenser

\*= ingår i analysen

Alsén, P., Brink, E., & Persson, L. (2008). Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5A), 25-33. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02136.x

Astin, F., Atkin, K., & Darr, A. (2008). Family support and cardiac rehabilitation: a comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their carer's living in the United Kingdom. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 43- 51

Bengtsson, M. (2016). Research article: How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursingplus Open*, 2:8-14. doi:10.1016/j.npls.2016.01.001

Berg, J., Björck, L., Dudas, K., Lappas, G., & Rosengren, A. (2009). Symptoms of a first acute myocardial infarction in women and men. *Gender Medicine*, 6(3):454-462. doi:10.1016/j.genm.2009.09.007

\*Bergman, E., & Berterö, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 733-741. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.02040.x

Brink, E., Karlson, B. W., & Hallberg, L. R-M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*, 7, (1), 5-16.

Brink, E., Karlson, B. W., & Hallberg, L. R-M. (2006). Readjustment 5 months after a firsttime myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403-411

\*Cole, J. A., Smith, S. M., Hart, N., & Cupples, M. E. (2013). Do practitioners and friends support patients with coronary heart disease in lifestyle change? a qualitative study. *BMC Family Practice, 14*(126). doi:10.1186/1471-2296-14-126

\*Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*(1), 37-44.

\*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., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., & Fitzsimons, D. (2014). 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of The Working Group On Cardiovascular Nursing of The European Society Of Cardiology, 13*(3), 270-276. doi:10.1177/1474515113491649

Ericson, E., & Ericson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

\*Farooqi, A., Nagra, D., Edgar, T., & Khunti, K. (2000). Attitudes to lifestyle risk factors for coronary heart disease amongst South Asians in Leicester: a focus group study. *Family Practice, 17*(4), 293-297.

Fredericks, S., Beanlands, H., Spalding, K., & Da Silva, M. (2010). Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 9*(1). 30-7.

Fridlund, B. (2002) The role of the nurse in cardiac rehabilitation programs, *European Journal of Cardiovascular Nursing, 1*(1), 15-18.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.

Hjärt- och Lungfonden (2016). *Hjärtinfarkt*. Hämtad: 01-09-16 från Hjärt- och Lungfonden, [https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hj%C3%A4rtinfarkt\\_2016\\_webb.pdf](https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hj%C3%A4rtinfarkt_2016_webb.pdf)

Jaarsma, T., Nikolova-Simons, M., Van der Wal, M.H.L. (2012). Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: *An in-depth look*. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 41(6), 583-593. doi:10.1016/j.hrtlng.2012.03.003

Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 229-236.

Johansson, K., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L., & Salmela, M. (2003). Needs for change in patient's education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 239-245

Jones, M. I., Greenfield, S., & Jolly, K. (2009). Patients' experience of home and hospital based cardiac rehabilitation: A focus group study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 9-17. doi:10.1016/j.ejcnurse.2008.06.001

\*King, K. M., Sanguins, J., McGregor, L., & LeBlanc, P. (2007). First Nations people's challenge in managing coronary artery disease risk. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1074-1087.

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

McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., & Pelter, M. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046

Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11/12), 1686-1692. doi:10.1111/jocn.12775

Orem, D-E. (1991). *Nursing: concepts of practice* (4th. ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc

\*Rogerson, M. C., Murphy, B. M., Bird, S., & Morris, T. (2012). "I don't have the heart": a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9140. doi:10.1186/1479-5868-9-140

Ross, A., Ohlsson, U., Blomberg, K., & Gustafsson, M. (2015). Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11/12), 1594-1602. doi:10.1111/jocn.12760

\*Schou, L., Jensen, B., Zwisler, A., & Wagner, L. (2008). Women's experiences with cardiac rehabilitation -- participation and non-participation. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 28(4), 24-28.

Socialstyrelsen. (2013). Meddelandeblad - *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*. Hämtad: 07-09-16 från Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>

Socialstyrelsen. (2015a). *Hjärntinfarkter 1994-2014*. Hämtad: 01-09-16 från Socialstyrelsen.  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-11-1>

Socialstyrelsen. (2015b) *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad: 05-09-16 från Socialstyrelsen.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor*. Hämtad: 05-09-16 från Socialstyrelsen.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). Expert consensus document: Third universal definition of myocardial infarction. *Global Heart*, 7(4):275-295. doi:10.1016/j.gheart.2012.08.001

Van Der Wal, Martje H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, Nic J. G. M, Van Gilst, W. H., & Van Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: The importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, 27(4), 434-440. doi:10.1093/eurheartj/ehi603

\*White, S., Bissell, P., & Anderson, C. (2011). A qualitative study of cardiac rehabilitation patients' perspectives on making dietary changes. *Journal of Human Nutrition And Dietetics: The Official Journal of The British Dietetic Association*, 24(2), 122-127. doi:10.1111/j.1365-277X.2010.01136.x

Wiles, R., & Kinmonth, A. (2001). Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*, 44:161-169. doi:10.1016/S0738-3991(00)00187-7

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

World Health Organization. (2016). *Cardiovascular diseases*. Hämtad: 05-09-16 från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* (London, England), *364*(9438), 937-952.