

Personers upplevelser av dagliga livet efter
en hjärtinfarkt

Experiences of daily life after a myocardial infarction

Jessica Lundgren
Therese Nilsson

**Sjuksköterska
2019**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Personers upplevelser av dagliga livet efter en hjärtinfarkt

Experiences of daily life after a myocardial infarction

Jessica Lundgren

Therese Nilsson

Kurs: O0009H, Examensarbete

Termin 6

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Handledare: Anna Nygren Zotterman

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Personers upplevelser av dagliga livet efter en hjärtinfarkt

Jessica Lundgren

Therese Nilsson

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Luleå Tekniska Universitet

Abstrakt

Att drabbas av en hjärtinfarkt är en livsomvälvande händelse som kan ge kroniska men och inverka på hela livssituationen. Sjukdomen kan även ha betydelse för hur de drabbade väljer att leva sitt dagliga liv. Syftet var att beskriva personers upplevelser av dagliga livet efter en hjärtinfarkt. Metoden bestod av en kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats enligt Bengtsson (2016). Tolv vetenskapliga artiklar analyserades och resulterade i sju kategorier; *att leva med förändrad kropp och sinne, att leva med begränsningar i dagliga aktiviteter, att roller och relationer förändras, att sakna tillräcklig information och kunskap, att behöva andra människor som stöd, att behöva ta ställning till livsstilsförändringar, att tvingas omvärdera livet efter en livshotande händelse*. Sjuksköterskan har en viktig roll genom att finnas som stöd och resurs i dagliga livet efter en hjärtinfarkt, för att ge de drabbade de bästa förutsättningarna för att kunna anpassa sig till sin nya livssituation. Denna studie kan ge en djupare förståelse för hur personer upplever att det dagliga livet påverkas efter en hjärtinfarkt.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, dagligt liv, upplevelser, omvårdnad, kvalitativ innehållsanalys, litteraturstudie

Att drabbas av en akut sjukdom kan förändra synen på sig själv, sin hälsa och sitt välbefinnande. Osäkerhet inför framtiden kan ofta upplevas. Sjukdomen kan påverka kroppslig kapacitet, familjeliv, arbetsförmåga och förmåga att utöva fritidsaktiviteter. Dessa förändringar överrumplar många gånger den drabbade (Morse, 2001).

I Sverige drabbas ungefär 26 000 personer av hjärtinfarkt varje år, av dessa leder 25% av fallen till döden. Både incidens och dödlighet ökar med åldern. Det är vanligare att män drabbas av hjärtinfarkt, ungefär 60% av fallen, men trenden säger att både könsskillnad och incidens minskar (Socialstyrelsen, 2017). Hjärtinfarkt ses som en folksjukdom som kan bero på olika faktorer i vårt sätt att leva och orsakerna beskrivs som en blandning av sociala faktorer, beteenden och metabola riskfaktorer. Sociala faktorer kan vara globalisering, urbanisering, utbildning och inkomst. Beteendefaktorer kan vara ohälsosam kosthållning, rökning, social inaktivitet. Metabola riskfaktorer kan vara högt blodtryck, övervikt eller diabetes (WHO, 2016).

En hjärtinfarkt kännetecknas av att muskelvävnad i en del av hjärtmuskeln plötsligt drabbas av akut syrebrist. Det är en följd av en blodpropp som upphäver blodförsörjningen i något kranskärl, vilket leder till muskelcelldöd. Vid en hjärtinfarkt ersätts hjärtmuskulatur av bindväv, vilket försämrar hjärtats pumpförmåga (Lundh & Malmquist, 2005, s. 131). Denna försämring av hjärtats kapacitet är en av många komplikationer som personer som drabbats av hjärtinfarkt kan uppleva. Många känner symtom kopplat till både den fysiska förmågan men kan också uppleva psykiska symtom (Soares Passinho, Garcia Romero Sipolatti, Fioresi & Caniçali Primo, 2018; Ostergaard Jensen & Petersson, 2003). För att kunna acceptera livet med de nya förutsättningarna, krävs integrering av sjukdomen i dagliga livet. Den drabbade måste genomgå en process där denne lär sig leva med nya förutsättningar som sjukdomen orsakat. Känslor måste bearbetas och förluster måste konfronteras. Allt detta för att få kontroll över sin nya livssituation och kunna uppleva välbefinnande (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994).

Vetskapen om att det viktigaste cirkulatoriska organ som finns i kroppen inte fungerar som det ska och att existensen hänger på att hjärtat fungerar, kan kännas ständigt livshotande i dagliga livet (Smith, 2001). Upplevelser efter en hjärtinfarkt är individuella och påverkas bland annat av den sociala och kulturella kontexten. De påverkas även av uppfattningen av sig själv, livet och hälsan

innan sjukdomen. Upplevelserna kan sällan förutspås utan är olika beroende på hur livet ser ut just då och hur mycket marginaler personen har vid den tidpunkten (Zinn, 2005). Hur mycket stöd som erbjuds från närstående kan också vara en faktor som spelar roll. Att insjukna i en hjärtinfarkt påverkar personer runt omkring den drabbade också. Närstående kan känna ett ökat ansvar för den drabbades välbefinnande och sätter ofta sitt eget liv på paus för att ägna alla sin energi till att främja den drabbades hälsa och välbefinnande. De kan också uppleva en betungande oro för framtiden och familjen (Andersson, Borglin, Sjöström-Strand & Willman, 2013).

Att drabbas av en hjärtinfarkt har i många fall sitt ursprung i hur det dagliga livet ser ut och vilka beteenden, kunskaper och värderingar personer har. Därför kan vissa förändringar av vanor i dagliga livet vara nödvändiga för att minska risken för återinsjuknande i ny hjärtinfarkt. Personers förmåga att ta egna beslut är centralt för livsval som görs och vilket liv man väljer att leva (Brink, 2009). Centralt i detta sammanhang är begreppet livsstil, vilket innefattar sättet att vara, leva, tänka och påverkas av den sociala kontexten. Det beskrivs som hur en individ eller grupp uppfattar omvärlden och hur beteende och tankesätt ser ut. Hälsan påverkas av vårt sätt att leva och de livsval personer gör, det kan vara allt från fysisk aktivitet, fritid, kostvanor, tobaksvanor, arbete och sömn dessa är faktorer som inverkar positivt eller negativt på hälsan (do Céu Mendes Pinto Marques, Parreira Mendes & da Conceição Cascalho Serra, 2017; Cockerham, 2005).

Dagligt liv, menar Carnevali (1996, s. 21-25) beskrivs olika beroende vem som tillfrågas. De aspekter av dagligt liv som är väsentliga för omvårdnad är sådant personer gör som påverkar hälsotillståndet eller sådant personer gör som påverkas av hälsotillståndet. Det är också av vikt att ha ett öppet sinne för vilka aktiviteter som är meningsfulla och aktuella för enskilda personer. Hon menar vidare att dagligt liv och hälsotillstånd hela tiden interagerar med varandra och inte går att skilja åt, vilket innebär att båda aspekterna behöver beaktas för att förstå vilka krav och förväntningar som personer eller familjer har på dagliga livet. När dagligt liv anses balanserat, kan också välbefinnande och hälsa främjas oavsett hälsotillstånd. Inslag i dagliga livet som tas för givet och är "vanliga aktiviteter", och dessa kan vid händelse av sjukdom bli nya eller "ovanliga aktiviteter" relaterat till förändrade förutsättningar.

Att främja ett hälsosamt leverne har länge ansetts som receptet för att uppnå långsiktiga hälsomässiga vinster, men lika länge har man vetat att det är problematiskt att upprätta och bibehålla goda vanor på sikt. Att leva med de hälsoproblem som kan uppstå efter en hjärtinfarkt kan påverka både motivation och energi negativt, därmed kan stöd utifrån behövas (Roebuck, Furze & Thompson, 2001). Insjuknande i hjärtinfarkt kan till stor del minskas genom både prevention och behandling. Sekundärprevention är ett av områdena som gått framåt mest de senaste årtiondena, vilket bland annat gjort att insjuknandet i hjärtinfarkt minskat. Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar att finnas där för de drabbade efter en livsomvälvande händelse av detta slag (Socialstyrelsen, 2018). Sjuksköterskans arbete är grundat i en humanistisk människosyn där människan betraktas som en helhet och ska ge bästa möjliga förutsättningar för personer att uppnå hälsa, välbefinnande och livskvalitet livet ut (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Eftersom sjuksköterskans fyra huvudansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014), är det viktigt att kunna bemöta personer där de befinner sig just då, oavsett om det är i sjukdomsförebyggande fas, i sjukdomsfas eller rehabiliteringsfas. Sjuksköterskor möter i flertalet verksamheter personer som drabbats av hjärtinfarkt. Det är därför av värde att ha kunskap och förståelse för hur dessa personer lever och vilka erfarenheter de har av hur livet påverkats efter de blivit akut sjuka i en hjärtinfarkt. Det är viktigt att ha förståelse för att en sådan livshotande händelse kan sätta sina spår både fysiskt och i personen inre vad gäller värderingar och inställning till livet. Syftet var att beskriva personers upplevelser av dagliga livet efter en hjärtinfarkt.

Metod

För att genomföra en litteraturstudie med avseende på hur vuxna personer upplever det dagliga livet efter en hjärtinfarkt så valdes en kvalitativ ansats med inifrånperspektiv. En kvalitativ metod beskriver personers uppfattningar och upplevelser av olika fenomen. Målet är att identifiera mönster och kännetecken (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s. 52). Som analysmetod valdes Bengtssons (2016) metod för kvalitativ innehållsanalys.

Litteratursökning

För att inte gå miste om relevanta studier bör litteratursökningen ske i flertalet databaser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s. 79-80). Med detta som utgångspunkt genomfördes

litteratursökningen till denna studie i referensdatabaserna CINAHL och PubMed. Dessa databaser innehåller enligt Karlsson (2012, s. 97-98) relevanta studier inom omvårdnad. De sökord som användes var; myocardial infarction, heart attack, well-being, wellbeing, daily life, daily living, lifestyle, experience, perception, qualitative samt life change events. Dessa kombinerades med de booleska operatorerna AND och OR. Detta gör sökningen bredare eller smalare beroende av vilken operatör man använder (Karlsson, 2012, s. 106-107; Polit & Beck, 2012, s. 99). I studien användes MeSH-termer (Medical Subject Headings), CINAHL headings och fritextsökning. MeSH-termer och CINAHL headings tillhandahåller en möjlighet att få fram information om det aktuella ämnet med hjälp av olika tänkbara termer för att inte gå miste om relevanta studier (Polit & Beck, 2012, s. 103; Karlsson, 2012, s. 104-105). Fritextsökning ger en bred och ospecifik sökning som gör att samtliga studier där sökordet finns i antingen titel, författare eller ämnesord kommer med i resultatet (Karlsson, 2012, s. 102-103). Inklusionskriterier var studier med kvalitativ metod där deltagarna skulle vara 18 år eller äldre och ha drabbats av hjärtinfarkt. Studierna skulle vara publicerade inom de senaste 16 åren. Studier som inte var publicerade på engelska exkluderades. Likaså kvantitativa studier eller översiktsstudier.

Litteratursökningen resulterade i 243 studier, se Tabell 1. För att få en uppfattning om innehållet i studierna lästes titel och abstrakt av båda författarna. Studier som inte svarade mot syftet eller hade en kvantitativ metod exkluderades. Efter detta steg återstod 15 studier.

Tabell 1. Översikt av litteratursökning

Syftet var att beskriva personers upplevelser av dagliga livet efter en hjärtinfarkt.

CINAHL 2018 09 25 Begränsningar: Peer-reviewed, English language, publication date 2003-2018

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
S1	CH	Myocardial infarction+	<u>26 412</u>	
S2	FT	Myocardial infarction	<u>34 894</u>	
S3	FT	Heart attack	<u>1 874</u>	
S4		S1 OR S2 OR S3	<u>36 130</u>	

Forts. Tabell 1. Översikt av litteratursökning

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
S5	FT	Well-being	<u>31 277</u>	
S6	FT	Wellbeing	<u>6 022</u>	
S7	FT	Daily life	<u>4 295</u>	
S8	FT	Daily living	<u>26 882</u>	
S9	FT	Lifestyle	<u>23 385</u>	
S10		S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	<u>86 423</u>	
S11	FT	Qualitative	<u>100 490</u>	
S12	FT	Experience	<u>196 008</u>	
S13	FT	Perception	<u>86 215</u>	
S14	CH	Life change events	<u>2 401</u>	
S15		S11 OR S12 OR S13 OR S14	<u>320 054</u>	
S16		S4 AND S10 AND S15	<u>90</u>	<u>7</u>

Pubmed 2018 09 25 Begränsningar: English language, publication date 2003-2018, fulltext, adult:19+

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
S1	MSH	Myocardial infarction	<u>165 342</u>	
S2	FT	Myocardial infarction	<u>227 134</u>	
S3	FT	Heart attack	<u>4 028</u>	
S4		S1 OR S2 OR S3	<u>233 437</u>	
S5	MSH	Wellbeing	<u>15 702</u>	
S6	FT	Daily life	<u>15 726</u>	
S7	FT	Daily living	<u>74736</u>	
S8	FT	Lifestyle	<u>147 347</u>	
S9		S5 OR S6 OR S7 OR S8	<u>245 597</u>	

Forts. Tabell 1. Översikt av litteratursökning

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
S10	FT	Qualitative	<u>205 098</u>	
S11	FT	Experience	<u>586 114</u>	
S12	FT	Perception	<u>492 444</u>	
S13	MSH	Life change events	<u>21 873</u>	
S15		S10 OR S11 OR S12 OR S13	<u>1 236 513</u>	
S16		S4 AND S9 AND S15	<u>153</u>	<u>8</u>

*CH – CINAHL headings i databasen CINAHL, MSH – Mesh termer i databasen PubMed, FT – fritextsökning.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av de 15 valda studierna genomfördes med hjälp av Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) granskningsmall för kvalitativa studier (SBU, 2014). Tyngden av kvalitetsgranskningen ökar när den kan utföras av två eller fler oberoende och neutrala granskare som för samman sina tolkningar av de aktuella studierna (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s. 93). Granskningen genomfördes därför av båda författarna var för sig för att säkerställa bedömningen och öka kvaliteten. Kvalitetsgradering bedömdes utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006, s. 96), där var och en av frågorna i granskningsmallen värderades med en poäng, frågor som besvarades med "Ja" tilldelades poäng, medan frågor som besvarades med "Nej", "Oklart" eller "Ej tillämpligt" inte fick någon poäng. Studier som bedömdes ha hög kvalitet hade 80-100% av högsta möjlig poäng, medel motsvarade 70-79% och låg kvalitet motsvarade 60-69%. En studie exkluderades efter kvalitetsgranskningen då denna bedömdes till låg kvalitet. Vid senare bedömning av datamängd exkluderades ytterligare två artiklar. Dessa artiklar var de som hade de äldsta publiceringsåren. Därmed återstod tolv artiklar, med publiceringsår 2006-2018, till analysen, se Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av artiklar som ingår i analysen (n=12)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling / Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Allison & Campbell (2009)	Kvalitativ	7 deltagare	Semistrukturerade intervjuer / Tematisk analys	Personer beskrev hjärtinfarkten som förlösande för deras livssituation och de fick börja om med livet. De kunde slippa stress och press som fanns innan hjärtinfarkten. Vardagen påverkades negativt av besvikelse och kamp för att acceptera vad som hänt och inte visa sig svag.	Hög
Andersson, Borglin & Willman (2013)	Kvalitativ	17 deltagare	Semistrukturerade intervjuer / Fenomenologisk hermeneutisk analys	Personer upplevde utmaningar i att kunna återfå balans i dagliga livet efter hjärtinfarkten på fysiska, psykiska och existentiella planen. Att drabbas av hjärtinfarkt innebar en transition och personerna var tvungna finna ny mening med livet efter den livsomvälvande händelsen.	Hög
Brink, Karlson & Hallberg (2006)	Kvalitativ	21 deltagare	Intervjuer / Grounded theory	Personer upplevde fatigue och andra problem relaterade till hälsan, det utgjorde ett hinder för att delta i aktiviteter som de utfört innan hjärtinfarkten. Det var centralt i återhämtningsprocessen att omorientera det aktiva jaget, detta begränsades dock av sjukdomsuppfattningen och förmågan att hantera situationen.	Hög

Forts. Tabell 2. Översikt av artiklar som ingår i analysen (n=12)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling / Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Condon & McCarthy (2006)	Kvalitativ	10 deltagare	Semistrukturerade intervjuer / Tematisk analys	Personer upplevde svårigheter att göra förändringar i livsstilen efter hjärtinfarkten och de ansåg att det fanns brist på professionellt stöd vad gäller långsiktiga förändringar. De kände sig överbeskyddade av familjen, vilket var frustrerande då de inte kunde leva som vanligt i vardagen.	Hög
Hildingh, Fridlund & Lidell (2006)	Kvalitativ	16 deltagare	Semistrukturerade intervjuer / Tematisk innehållsanalys	Personer kände rädsla men också fysisk och psykologisk smärta i vardagen efter hjärtinfarkten. Rehabiliteringen gav dem tilltro till den egna förmågan, motivation att göra livsstilsförändringar samt att omvärdera livet. Detta ledde till att dagliga livet upplevdes bättre.	Hög
Junehag, Asplund & Svedlund (2014)	Kvalitativ	20 deltagare	Semistrukturerade intervjuer / Innehållsanalys	Personer upplevde avsaknad av motivation till livsstilsförändringar trots att de visste att det var nödvändigt. Den största begränsningen efter hjärtinfarkten var i det sociala livet. De upplevde även kroppslig begränsning och en kamp för att komma tillbaka. De hade positiv syn på framtiden.	Hög

Forts. Tabell 2. Översikt av artiklar som ingår i analysen (n=12)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling / Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Kristofferzon, Löfmark & Carlsson (2007)	Kvalitativ	40 deltagare	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehållsanalys	Personer upplevde fysiska symtom och känslomässig påfrestning i vardagen de första månaderna efter en hjärtinfarkt. Personer hanterade problemen genom att lita på sina förmågor, förhandla med sig själva och fatta beslut gällande det vardagliga livet.	Hög
Merritt, Zoysa & Hutton (2017)	Kvalitativ	10 deltagare	Semistrukturerade intervjuer / Interpretativ fenomenologisk analys	Personer upplevde att de tappat sin karaktär och att livet nu blivit förkortat. De hade även omprioriterat i livet efter hjärtinfarkten. Livsglädjen var försämrad och de behövde tid för att bygga upp sig själv igen.	Medel
Nicolai et al. (2018)	Kvalitativ	21 deltagare	Semistrukturerade intervjuer / Innehållsanalys	Personer upplevde att dagliga livet efter hjärtinfarkt påverkades av många faktorer som motivation, information, osäkerhet, och stöd från sitt sociala nätverk.	Hög
Stevens & Thomas (2012)	Kvalitativ	8 deltagare	Fenomenologisk intervju / Hermeneutisk analys	Personer upplevde att dagliga aktiviteter kändes krävande att utföra. Hjärtinfarkten påverkade hur personer levde sitt liv. Osäkerhet på grund av informationsbrist om hur de borde leva. De levde i konstant rädsla att få en till hjärtattack.	Medel

Forts. Tabell 2. Översikt av artiklar som ingår i analysen (n=12)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling / Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Sundler, Dahlberg & Ekenstam (2009)	Kvalitativ	10 deltagare	Semistrukturerade fenomenologiska intervjuer / Fenomenologisk analys	Personer beskrev att relationer såväl som sexualitet är förenat med en levande kropp och påverkar de dagliga levernet. De nära relationer kunde vara både stärkande och energikrävande, då de kände att de inte kunde leva upp till de roller de tidigare haft.	Hög

Analys

Analysen av data i denna litteraturstudie har en manifest ansats och utgår från Bengtssons (2016) metodartikel om kvalitativ innehållsanalys. Hon menar att kvalitativ innehållsanalys är en passande analysmetod då man har mindre, djupgående data och vill beskriva uppfattningar och upplevelser av en situation i en kontext.

Dataanalysen består av fyra steg, dekontextualisering, rekontextualisering, kategorisering och slutligen sammanställning (Bengtsson, 2016). I det första steget bekantade författarna i denna studie sig väl med de valda studierna genom att läsa studiernas resultat upprepade gånger för att sedan plocka ut textenheter som svarade mot syftesformuleringen. Textenheterna placerades in i en kodlista för att ge en bra överblick av vilka textenheter som hörde till vilken artikel. Detta arbetsdokument följde med genom hela analysprocessen och resulterades slutligen i 321 textenheter. I det andra steget översattes textenheterna och för att säkerställa att allt material som svarade mot syftet var identifierat, lästes originaltexterna parallellt med de översatta textenheterna. I det tredje steget kondenserades textenheterna för att senare kunna skapa kategorier. Därefter skedde kategorisering i fyra steg, vilket i slutändan resulterade i sju kategorier. I det fjärde och

sista steget identifierade författarna huvudfynden i datan under varje kategori, vilket redovisas i resultatet.

Bengtsson (2016) beskriver analysens fyra steg som att i det första steget lära känna innehållet i studierna för att få en uppfattning om vad som svarar mot syftet och att sedan ta ut innehållsrika textenheter. Forskaren ska i det andra steget ta ställning till om allt material som svarar mot syftet nu är inkluderat i arbetsmaterialet. I det tredje steget sker kondensering, vilket innebär att texten kortas ner utan att förlora kärnan. Kategoriseringen sker stegvis där det kondenserade materialet placeras i bredare subkategorier för att senare hamna i större slutkategorier. Kategoriseringen betraktas vara färdig när kategorierna och dess innehåll är varandra uteslutande. I det slutliga steget analyseras och dokumenteras materialet. Här ska forskaren finna essensen i data genom att vara objektiv. Analysen kan vara antingen manifest eller latent, där skillnaden är tolkningsnivån på datan. Data ska redovisas som ett resultat med kategorier eller teman. Detta ska vara översiktligt så att läsaren snabbt får en överblick av resultatet.

Resultat

Analysen resulterade i 7 kategorier, se Tabell 3. Varje kategori innehåller brödtext samt citat som styrker innehållet.

Tabell 3 Översikt över kategorier (n=7)

Kategorier
Att leva med förändrad kropp och sinne
Att leva med begränsningar i dagliga aktiviteter
Att roller och relationer förändras
Att sakna tillräcklig information och kunskap
Att behöva andra människor som stöd
Att behöva ta ställning till livsstilsförändringar
Att tvingas omvärdera livet efter en livshotande händelse

Att leva med förändrad kropp och sinne

Studier (Condon & McCarthy, 2006; Kristofferzon et al., 2008; Stevens & Thomas, 2012; Sundler

et al., 2009) visade att personer som drabbats av hjärtinfarkt kände orättvisa, oförståelse och ilska varför just de drabbats av hjärtinfarkt. Oro, bitterhet och besvikelse var också känslor som yttrades. I en studie (Allison & Campbell, 2009) beskrev personer känslor av frustration då de kände sig svikna av den egna kroppen efter insjuknandet. Studier (Allison & Campbell, 2009; Brink et al., 2006; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012) visade att personer upplevde att livet inte längre var sig likt och att man inte kände igen sig själv. I en studie (Merritt et al., 2017) beskrev personer upplevelser av att ha åldrats och att kroppen inte längre hänger med.

“...you’ve suddenly transported yourself twenty years in the future and you’re an old man.
... actually you’re not forty-four, you’re sixty-four, suddenly, and you know, you think people are
judging you.” (Merritt et al., 2017)

Flera studier (Andersson et al., 2013; Brink et al., 2006; Junehag et al., 2014) visade att personer som drabbats av hjärtinfarkt upplevde fysiska konsekvenser som fatigue, vilket var svårt att hantera i dagliga livet. Tröttheten styrde livet i negativ bemärkelse. Det fanns också en studie (Allison & Campbell, 2009) där personerna kände sig piggare och de fick ökad fysisk förmåga efter hjärtinfarkten då de upplevde att spänningar släppt. Studier (Andersson et al., 2013; Brink et al., 2006; Stevens & Thomas, 2012) visade att tröttheten även fick personer att känna sig instängda och annorlunda. De upplevde tröttheten som omöjlig att hantera.

“It’s just that I’ve been so tired. It’s like someone struck a tap into me, turned it on and drained all my
energy.” (Brink et al., 2006)

I studier (Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017) beskrev personer att de även kände fysisk svaghet efter hjärtinfarkten. Personer som drabbats av hjärtinfarkt beskrev i studier (Brink et al., 2006; Nicolai et al., 2018; Stevens & Thomas, 2012) att de hade hälsoproblem av olika slag som följd av hjärtinfarkten. De upplevde bröstsmärta, dyspne och fysisk funktionsnedsättning. Att drabbas av dessa hälsoproblem beskrev personer i studier (Allison & Campbell, 2009; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012) skapade känslor av besvikelse, förlust av tillfredsställelse och upplevelse av att kroppen var ett fängelse.

De känslomässiga reaktioner som hjärtinfarkten medförde, påverkade val i dagliga livet för

personer i flertalet studier (Andersson et al., 2013; Hildingh et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008; Kristofferzon et al., 2007; Stevens & Thomas, 2012; Sundler et al., 2009). En studie (Hildingh et al., 2006) beskrev att personer som drabbats av hjärtinfarkt var rädda och upplevde obehag av ökad puls. Rädsla för återinsjuknande i en ny hjärtinfarkt beskrevs i flertalet studier (Andersson et al., 2013; Hildingh et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008; Kristofferzon et al., 2007; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012) som en återkommande reaktion hos personer som drabbats av hjärtinfarkt. Personer som drabbats av hjärtinfarkt berättade i studier (Andersson et al., 2013; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012) att de hade dagliga tankar om liv och död och att dessa tankar hade blivit närvarande efter hjärtinfarkten. De beskrev upplevelser av rädsla att dö ifrån familj och vänner och att inte kunna fullfölja sitt föräldraskap och att inte finnas där för sina barn.

“And then my main concern was what if something happens to me and I can’t take care of...I can’t be there for the other people I want to be there for. That’s probably what scared me the most. It’s not...I wasn’t scared of dying or anything. I was just scared of not being there for my daughter and my grandson and my family.” (Stevens & Thomas, 2012).

Personer som drabbats av hjärtinfarkt beskrev i en studie (Merritt et al., 2017) att de kände en börda i sinnet och en känsla av oberoende relaterat till att nu vara beroende av läkemedel på daglig basis. I en annan studie (Brink et al., 2006) beskrevs istället upplevelser av trygghet i att kunna hantera vardagssituationer med hjälp av läkemedlen.

Att leva med begränsningar i dagliga aktiviteter

I flertalet studier (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014; Kristofferzon et al., 2008; Stevens & Thomas, 2012; Sundler et al., 2009) kände personer som drabbats av hjärtinfarkt sig begränsade och hade sämre förutsättningar i dagliga aktiviteter som följd av hjärtinfarkten. I en studie (Stevens & Thomas, 2012) beskrevs att de nu blivit rädda för att vara ensam om något skulle hända dem.

“The first day home I was very tired and I was very... I think my first day home I didn’t want my family to know, but I was very scared. Every little twinge I would think, “Okay, got to your room and sit down a minute; don’t scare them.” As it got darker I didn’t want to be there by myself to go to sleep by myself, so

my daughter stayed with me.... I just wanted someone to sort of check on me about every couple of hours, 3 hours, to make sure my chest was rising and falling.” (Stevens & Thomas, 2012)

Personer (Andersson et al., 2013; Hildingh et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008; Kristofferzon et al., 2007; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012) upplevde anspänning och vaksamhet i vardagen, vilket präglade aktiviteter i dagliga livet. Beskrivningar att vilja befinna sig i miljöer som hade god tillgänglighet och var befolkade förekom, vilket var något som personer eftersträvade för att kunna känna sig trygga. I studier (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014; Stevens & Thomas, 2012) beskrev personer att aktiviteter de tidigare ansåg vara enkla nu hade blivit svåra. De upplevde att en kort promenad till postlådan nu hade blivit ansträngande. En studie (Andersson et al., 2013) beskrev att personer kände att de inte kunde prestera på jobbet på grund av fysiska eller kognitiva problem. Detta påverkade även dagligt liv, familj samt konflikthantering. Deltagande i sociala aktiviteter och att vistas i högljudda miljöer blev problematiskt relaterat till brist på fysisk och psykisk energi. De upplevde minskade energireserver vilket gjorde att de behövde förändra vardagsmönstret och att måsta planera sitt liv för att orka och må bra.

“You don’t have the strength, Nothing is fun; absolutely nothing is fun. [Pause] You can’t make yourself do things as you don’t have the strength; you simply feel that everything is shit.” (Andersson et al., 2013)

Personer i en studie (Kristofferzon et al., 2008) hoppades kunna återuppta tidigare aktiviteter och intressen som fysisk aktivitet och resor. I en annan studie (Junehag et al., 2014) uttryckte personer en önskan om att klara mer, men blev tvingad att anpassa sig till de nya förutsättningarna. För att klara av dagliga aktiviteter beskrevs i flertalet studier (Andersson et al., 2013; Brink et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008; Stevens & Thomas, 2012) att personer som drabbats av hjärtinfarkt anpassade aktiviteter utifrån nuvarande förmåga. I en av studierna (Stevens & Thomas, 2012) beskrevs att de tvingades minska antalet arbetstimmar eller helt sluta arbeta. Andra anpassningar beskrevs av personer i studier (Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008) vara att aktiviteter nu skedde i lugnare tempo och utgick från deras förmågor. I vissa fall valde personer i studier (Junehag et al., 2014; Kristofferzon et al., 2008) att helt undvika vissa aktiviteter efter hjärtinfarkten. Personer i studier (Andersson et al., 2013; Sundler et al., 2009) beskrev också osäkerhet inför att kunna prestera i samliv med sin partner efter hjärtinfarkten.

Att roller och relationer förändras

I flertalet studier (Condon & McCarthy, 2006; Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017; Sundler et al., 2009) upplevde personer att relationer hade påverkats efter att de drabbats av en hjärtinfarkt. I en studie (Sundler et al., 2009) uttryckte personer att relationer hade blivit djupare, mer meningsfulla men också närmare och intimare. Det fanns också studier (Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017) där personer hade motsatta upplevelser efter hjärtinfarkten. De hade förlorat sitt sociala liv i rädsla för att lämna hemmet och detta ledde till ensamhet och lidande. De hade även tappat kontakt med vänner, kände sig isolerade och beskrev svek från nära vänner. Upplevelser fanns av att vänner förändrats och var undvikande då de var rädda att prata om hjärtinfarkten.

“I used to be really close to this friend, but he hasn’t phoned to ask about me, since...” (Junehag et al., 2014).

Personer i studier (Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012) upplevde att de förlorat sociala roller efter hjärtinfarkten. De kände att de inte kunde leva upp till att vara försörjare i familjen och tvingades därmed snabbt tillbaka till arbete. I en studie (Condon & McCarthy, 2006) beskrev personer som drabbats av hjärtinfarkt att vänner och familj blivit överbeskyddande. Roller inom familjen påverkades i och med detta. Personer värdesatte att behålla sitt oberoende och sin självständighet, därför upplevdes detta som en frustrerande faktor i dagliga livet. I studier (Junehag et al., 2014; Stevens & Thomas, 2012) beskrevs ytterligare upplevelser vara påverkan på sociala roller, där personer som drabbats av hjärtinfarkt menade att tröttheten efter hjärtinfarkten gjorde att de inte kunde leva upp till tidigare roller och undvek sitt sociala liv.

Att sakna tillräcklig information och kunskap

Studier (Kristofferzon et al., 2007; Stevens & Thomas, 2012) visade att personer som drabbats av hjärtinfarkt upplevde att de fått bristfällig information i efterförloppet av sjukdomen. De beskrev att de blev bristfälligt informerade om hur livet skulle bli när de kom hem från sjukhus och vem de skulle kontakta ifall problem eller frågor uppstod. De tyckte inte att de var förberedda på vilka

förväntningar de skulle ha inför de känsloreaktioner som kunde uppstå vid hemkomst. Den givna informationen från sjukvårdspersonalen upplevdes av personer vara otillräcklig och otydlig.

“The fact that, you know, my heart attack was stress related. They did not tell me that. They did not tell me that. They did not tell me what caused the heart attack. They just told me that I had one. Well, what brought it on? They didn't have any clear definitive answer for me. So I just more or less concluded on my own that it was stress related.” (Stevens & Thomas, 2012).

Personer i en studie (Kristofferzon et al., 2007) tyckte att bristen på information och kunskap om livsstilsförändringar påverkade hälsan och välbefinnandet negativt. De hanterade bristerna genom att på egen hand söka information för att tillgodogöra sig kunskap som var aktuell. I studier (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014) beskrev personer att ny kunskap skapade nya vanor gällande fysisk aktivitet, det skapade också en positiv framtidsutsikt.

Att behöva andra människor som stöd

I flertalet studier (Andersson et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; Hildingh et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008; Kristofferzon et al., 2007; Nicolai et al., 2018; Sundler et al., 2009) beskrev personer som drabbats av hjärtinfarkt vikten av att ha människor runt omkring sig som stöttade i återhämtningen. I en studie (Nicolai et al., 2018) uttryckte de att stöd i vardagen gav trygghet och underlättande återhämtningen. Flera studier (Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2007; Nicolai et al., 2018; Sundler et al., 2009) innehöll upplevelser av att deltagarna inte tyckte att de fått tillräckligt med stöd, vilket bland annat kunde leda till svårigheter att uppnå mål under rehabiliteringstiden. I studier (Andersson et al., 2013; Hildingh et al., 2006; Kristofferzon et al., 2007) beskrev personer att de hade behövt mer stöd från vårdgivare för att lyckas med livsstilsförändringar. De ansåg det viktigt att ha tillgång till kompetenta vårdgivare.

“NN (nurse in heart clinic)...there's where I've got support. Enormous. I have the bit of paper on the wall (nurse's telephone number)” (Kristofferzon et al., 2007).

Personer i en studie (Nicolai et al., 2018) beskrev att stödet från människor runt omkring var fördelaktigt vid försök att anta en sund livsstil. Det fanns både positiva och negativa upplevelser av stöd från det sociala nätverket. De positiva upplevelserna innehöll beskrivningar om att stöd

gav tilltro till egen förmåga (Kristofferzon et al., 2007), var källa till trygghet (Kristofferzon et al., 2007; Nicolai et al., 2018), bidrog till hälsa och välbefinnande (Sundler et al., 2009). I en studie (Kristofferzon et al., 2007) ansåg personer att de fick det stöd de behövde i aktiviteter i dagliga livet. De negativa upplevelserna innehöll beskrivningar om hur de kände att de inte kunde prata med familjen om hur de mådde (Allison & Campbell, 2009), att familjen var oförstående vad gäller förlusten av styrka som medföljer efter en hjärtinfarkt (Hildingh et al., 2006). Personer i studier (Andersson et al., 2013; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012) beskrev upplevelser av att tvingas bli beroende av andra för stöd och hjälp. I en studie (Hildingh et al., 2006) upplevde personer att det var besvärligt att fråga andra om hjälp.

“...no forty-four-year-old man who has his own family wants to be living at home...[I’m] dependent on my folks for financial support, more than any grown man should be.” (Merritt et al., 2017)

I en studie (Sundler et al., 2009) beskrev personer vikten av att ha andra människor som stöd i dagliga livet. De upplevde att det var meningsfullt och bidrog till välbefinnande. De som inte upplevde att de hade stöd i vardagen från andra, menade att de kände ensamhet och tomhet, vilket bidrog till ökat lidande.

Att behöva ta ställning till livsstilsförändringar

Personer som drabbats av hjärtinfarkt beskrev i flertalet studier (Andersson et al., 2013; Brink et al., 2006; Condon & McCarthy, 2006; Junehag et al., 2014; Kristofferzon et al., 2007; Nicolai et al., 2018; Sundler et al., 2009) svårigheter att göra livsstilsförändringar. Personer i studier (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014; Nicolai et al., 2018; Sundler et al., 2009) beskrev också press från arbetsgivare om tidig återgång i arbete, press att ta tag i hälsan och träningen samt press att sluta röka. I en studie (Kristofferzon et al., 2007) uttryckte personer låg motivation och begär som anledning till problem med förändringar i dagliga livet. De som var rökare upplevde att rökningen var den svåraste vanan att bryta. I en annan studie (Junehag et al., 2014) beskrevs misslyckande vad gäller livsstilsförändringar där personer upplevde att förändringar hade negativ inverkan på livet och var svåra att upprätthålla. Detta faktum framkom i ytterligare en studie (Nicolai et al., 2018) där personer beskrev att det var svårt att överföra hälsosamma livsstrategier i sociala sammanhang.

“You have to give them up (cigarettes) and that is it ... there are two ways of looking at it (pause) you pick up a box of cigarettes and say right ... who is the boss here? Is it me or is it that ... but my God is it difficult ... (pause for thought)” (Condon & McCarthy, 2006)

Personer i flertalet studier (Brink et al., 2006; Condon & McCarthy, 2006; Junehag et al., 2014; Kristofferzon et al., 2008) beskrev att de lyckats göra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkten. I studier (Brink et al., 2006; Junehag et al., 2014; Stevens & Thomas, 2012) beskrev personer att de var tvungna att göra livsstilsförändringar relaterat till de hälsoproblem de fått efter insjuknandet, det innebar också att de behövde förändra rutinerna i hemmet. De hittade nya aktiviteter som att engagera sig i organisationer och ta dagliga promenader. I en annan studie (Kristofferzon et al., 2007) beskrev personer att de gjort förändringar i dagliga livet som att sluta röka, ändra matvanor och ta det lugnare. Det fanns även en studie (Junehag et al., 2014) där personer upplevde att de inte hade ändrat vanor efter hjärtinfarkten. De gjorde aktiva val att fortsätta med jakt trots riskerna, återupptog samma rekreationsaktiviteter som tidigare och åsidosatte fysisk aktivitet för att de inte tyckte det var roligt. Andra studier (Brink et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008) beskrev stark motivation att återgå till tidigare liv, de tänkte inte låta hjärtinfarkten hindra dem från att leva som tidigare och ville inte acceptera långsammare takt i vardagen.

“No, no, no way I’m letting a little heart attack stop me from travelling.” (Brink et al., 2006)

I en studie (Sundler et al., 2009) beskrev personer som drabbats av hjärtinfarkt att sjukdomen motiverade dem till ett sundare liv. I en annan studie (Nicolai et al., 2018) berättade personer att de utvecklade konkreta handlingsplaner och rutiner för att lyckas med införandet av livsstilsförändringar i det dagliga livet. De menade även att självdisciplin och viljestyrka var viktiga faktorer för att lyckas.

Att tvingas omvärdera livet efter en livshotande händelse

Personer som drabbats av hjärtinfarkt beskrev i en studie (Allison & Campbell, 2009) att de hade svårt att acceptera att livet inte kommer bli vad det varit. I andra studier (Condon & McCarthy, 2006; Junehag et al., 2014) upplevde de istället tacksamhet för att de överlevt och fått en andra

chans i livet. De upplevde också att livet fått en djupare mening och att de betraktade livet mer positivt. I en annan studie (Andersson et al., 2013) beskrev personer att de förändrade sin syn på vad de tyckte var viktigt eftersom framtiden var oviss, de kände också att de ville ta vara på livet och prioritera det som var värdefullt.

“You value your life today, and it is important to do the things you find enjoyable and ignore the rest. That is probably the most important lesson: to live in the here and now and make the most of what you have.” (Andersson et al., 2013)

I en studie (Junehag et al., 2014) beskrev personer hjärtinfarkten som en vändpunkt i livet och detta motiverade dem till att införa nya rutiner i dagliga livet. De ansåg att livsstilen inte längre fick påverka hälsan negativt. I studier (Merritt et al., 2017; Sundler et al., 2009) beskrev personer att de reflekterade över sina prioriteringar och fått ökad medvetenhet om det som inte varit bra, för att undvika en ny hjärtinfarkt. Områden som personer i en studie (Hildingh et al., 2006) nu prioriterade på ett annat sätt var fysisk aktivitet och ett hälsosammare leverne, men också att inte ödsla sin tid på negativa relationer. De ansåg det även viktigt att se över fördelningen mellan arbete och fritid. Personer som drabbats av hjärtinfarkt beskrev i studier (Kristofferzon et al., 2008; Merritt et al., 2017; Sundler et al., 2009) att de nu prioriterade socialt liv med familj och vänner högre än innan hjärtinfarkten. Innan personer i studier (Junehag et al., 2014; Kristofferzon et al., 2007) kunde införa nya rutiner behövde de lära sig att acceptera sin nya situation och de begränsningar som den innebar. För att nå acceptans vad gäller sin livssituation använde sig personer i studierna av olika strategier. I en studie (Kristofferzon et al., 2007) beskrev personer att de jämförde sig och utbytte erfarenheter med andra i liknande situation samt att de nu kunde se hur deras beteenden gett konsekvenser. I en annan studie (Allison & Campbell, 2009) beskrev de att de använde humor som strategi för att kunna hantera sin situation.

“If things get bad, you can have a bit of whinge, [complaining], and then have a laugh, and just forget about it.” (Allison & Campbell, 2009)

I studier (Condon & McCarthy, 2006; Junehag et al., 2014) berättade personer om att de en tid efter hjärtinfarkten vågade börjar planera längre in i framtiden och hade återfått hopp om en tillfredsställande framtid.

Diskussion

Syftet var att beskriva personers upplevelser av dagliga livet efter en hjärtinfarkt. Analysen resulterade i sju kategorier; *att leva med förändrad kropp och sinne, att leva med begränsningar i dagliga aktiviteter, att roller och relationer förändras, att sakna tillräcklig information och kunskap, att behöva andra människor som stöd, att behöva ta ställning till livsstilsförändringar, att tvingas omvärdera livet efter en livshotande händelse.*

Resultatdiskussion

I vårt resultat framkom att personer som drabbats av hjärtinfarkt upplever känslor av orättvisa och frustration över att de blivit sjuka och de försökte förstå varje just de hade drabbats. Att på detta sätt försöka finna orsaker till insjuknande är enligt Rosenfeld och Gilkeson (2000) en process som kan uppstå av att leva med hjärtsjukdom. De drabbade vill förstå varför varken kropp eller sinne längre är sig likt för att i slutändan kunna skapa förståelse för varför man insjuknat. I vår studie beskrev deltagarna att de under lång tid var rädda för att återinsjukna i en ny hjärtinfarkt. Vi anser det vara av vikt att sjuksköterskor har detta i åtanke i möten med patienter som drabbats av hjärtinfarkt, eftersom de konsekvenser som hjärtinfarkten medför kvarstår under lång tid både kroppsligt och känslomässigt. Sjuksköterskor behöver vara lyhörda och uppmärksamma på hur den enskilda personen som denne möter, uppfattar sig själv och sin situation för att kunna bemöta på bästa sätt. Denna patientgrupp kan återfinnas på de flesta arbetsplatser, vilket gör att det är kunskap som sjuksköterskor i många verksamheter kan ha nytta av.

I vårt resultat framkom att personer som drabbats av hjärtinfarkt upplevde begränsningar i dagliga aktiviteter efter hjärtinfarkten relaterat till kroppen. Toombs (1993, s. 51-52) menar att normaltillståndet när vi inte är sjuka är att kroppen upplevs frånvarande i vardagen, men att drabbas av sjukdom gör personer medvetna om kroppen och kroppen blir påträngande närvarande. Denna intensiva och många gånger lidelsefulla upplevelse begränsar personers förmåga att göra de saker de vill i sitt dagliga liv.

Det framkom även i vårt resultat att socialt liv var ett område som upplevdes begränsat av hjärtinfarkten och personer kände sig ensamma och isolerade hemma. I en litteraturöversikt av Abreu de Vargas et al. (2017), menar de hjärtinfarktsdrabbade att de känner sig som observatörer

av sitt dagliga sociala liv, vilket påverkade livskvaliteten negativt. Vidare menar de att livet efter hjärtinfarkten har negativ inverkan på sociala roller gentemot de närmaste relationerna, det dagliga livets rutiner förändras och detta påverkar alla i familjen. I vårt resultat beskrevs även motsatta upplevelser där personer ansåg att deras nära relationer blivit djupare och mer meningsfulla efter hjärtinfarkten. De upplevde att de nu brydde sig mer om varandra. Detta stärker synen på att upplevelser efter en hjärtinfarkt är högst individuella.

Personer i vårt resultat upplevde att informationen de fått efter hjärtinfarkten varit bristande på många plan. I en studie av Nunes, Rego och Nunes (2016) menar man att endast en tredjedel av personer som drabbats av hjärtinfarkt fått tillräcklig information av sjuksköterskor, om hur de ska hantera livsstilsförändringar och vanor i dagliga livet. Det lämnar den stora massan bristfälligt informerad om hur de ska anpassa sitt liv utifrån de nya förutsättningarna. Enligt Leong, Molassiotis och Marsh (2004) påverkar sjukdomsuppfattning, som många gånger är grundat på given information, följsamheten av hälsosamma livsstilar och deltagande i rehabiliteringsprogram. Utifrån denna kunskap anser vi att prioritering av att ge tillräcklig information bör vara centralt för sjukvårdspersonal i mötet med patienter. Detta påstående stärks ytterligare i en studie av Bayrak och Tosun (2018) där personer med hypertoni tillfrågades vad de saknade och därmed krävde för utbildning och rådgivning av sjuksköterskor gällande risker för insjuknande i hjärtinfarkt. Det som framkom som mest efterfrågat var att få information och utbildning om hur de på bästa sätt kunde förebygga en hjärtinfarkt genom läkemedelsanvändning och livsstilsförändringar. Vi anser därför att sjuksköterskor behöver vara tydliga och lyhörda inför patienters behov och vilken förståelse de har för den information som ges, för att de senare ska kunna känna att de har kunskap om hur de ska leva sitt dagliga liv.

Personer som drabbats av hjärtinfarkt beskrev hur stöd från sina nära och kära kunde göra det dagliga livet mer meningsfullt och att goda relationer ökade välbefinnandet. I en studie av Kamm-Steigelman, Kimble, Dunbar, Sowell och Bairan (2006) beskrivs också vikten av att ha vänner och familj som man älskar. En av de viktigaste aktiviteterna i livet efter en hjärtinfarkt var att vårda sina nära relationer. Man kunde även se samband mellan att ha tillfredsställande nivå av goda nära relationer och en lägre förekomst av depression. Enligt en studie av Larsen, Vestergaard, Søndergaard och Christensen (2011) så drabbades nästan en tredjedel av de som insjuknat i

hjärtinfarkt även av depression i efterförloppet. Något som även framkom, var att endast ett fåtal av dessa fått professionell hjälp med depressionen. Detta uppfattar vi som en kvalitetslucka i efterförloppet efter en hjärtinfarkt och där behov finns av förbättring. Det är något där vi tänker att sjuksköterskor behöver bli mer uppmärksamma på i bemötandet med dessa personer för att kunna identifiera vilka som befinner sig i riskzon, men att också bli medveten om att det finns en förhöjd risk för dessa personer att falla in i ensamhet och isolering och senare kanske en depression.

I vårt resultat framkom det även att personer upplevt att de inte fått tillräckligt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal under rehabilitering och de lade stort värde i kompetenta vårdgivare som gav stöd. I en studie av Arda Sürücü, Büyükkaya Besen och Erbil (2018) fann man liknande kopplingar till betydelsen av stöd från vårdgivare hos personer med Diabetes Mellitus typ 2. Att som sjukdomsdrabbad känna empowerment under rehabiliteringen var signifikant för följsamhet vid egenvård och livsstilsförändringar, vilket stärker betydelsen av kompetenta vårdgivare som stöttar och förmedlar känsla av empowerment. Stöd som intervention styrks ytterligare genom en RCT-studie av Figueiras, Maroco, Monteiro, Caeiro och Dias Neto (2017) där man har genomfört en intervention för att minska påverkan av missuppfattningar gällande sjukdomen med hjälp av tätt arbete tillsammans med ett rehabiliteringsteam, för att sedan jämföra genomförandet av förändringar i livsstilen efter en hjärtinfarkt mellan en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Resultatet visade att interventionsgruppen lyckades genomföra fler, för personerna, fördelaktiga förändringar i dagliga livet jämfört med kontrollgruppen som inte fick samma stöttning och nära kontakt av rehabiliteringsteamet. Ytterligare en studie av Vermunt, Westert, Faber och Olde Rikkert (2018) beskriver att personer som lever med kroniska sjukdomar ofta har behov av att tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal, kunna diskutera och sätta upp mål och prioriteringar angående hur de ska leva sitt dagliga liv. Detta för att uppnå resultat som är hälsofrämjande samt för att minska konsekvenser av sjukdomen. Elva länder jämförs i studien utifrån förmåga att bedöma och sätta upp mål och prioriteringar, där Sverige hamnar i botten utifrån bedömningen av patienter med kroniska sjukdomar boendes i landet. Anledningen till detta anses vara dålig kontinuitet i vården samt att hälso- och sjukvårdspersonal inte frågar tillräckligt om mål och livsstil i dagligt liv. Således säger funnen litteratur att patienter som får tillfredsställande stöd från hälso- och sjukvårdspersonal har de bästa förutsättningarna att lyckas

göra förändringar i dagliga livet. Därför anser vi att sjuksköterskor har ett ansvar att lyfta dessa frågor för att ge stöd till dessa personer i deras dagliga liv för att ge förutsättningar till förändringar.

Det framkom att personer i vårt resultat lyckats göra livsstilsförändringar och en av de förändringar som var vanligast att göra var att öka mängden fysisk aktivitet. I en studie av Piepoli et al., (2010) undersöks ett rehabiliteringsprogram för hjärtsjukdom där man beskriver att det var av värde att öka sin fysiska kapacitet genom fysisk aktivitet för att kompensera för de nedsättningar som följer efter en hjärtinfarkt. Detta beskrivs även ha en positiv inverkan på dagliga livet. Enligt Dullaghan et al. (2014) är det många gånger självklart för en individ som drabbats av hjärtinfarkt att vidta åtgärder och försöka genomföra livsstilsförändringar, i majoriteten av fallen upplever den drabbade dock osäkerhet om de ska lyckas upprätthålla förändringarna. Vi tror att det är viktigt för sjuksköterskor att i dessa fall finnas som stöd för patienterna så att de inte ska behöva känna sig osäkra vid försök till livsstilsförändringar, men också för att de ska kunna ställa frågor och ha en dialog om vad som är svårt och utmanande.

Motivationen till livsstilsförändringar bland personer i vår studies resultat varierade i hög grad, vilket har en stor inverkan när det kommer till att kunna upprätthålla förändringarna i fråga. En studie av Doyle, Fitzsimons, McKeown och McAloon (2012) menar att rädsla för döden var som tändvätska för motivationen vad gäller att göra hälsosamma livsstilsförändringar. De upplevde dock svårigheter i följsamheten eftersom förändringarna var stora och påverkade deras dagliga liv i stor utsträckning. Detta var också något personer i vårt resultat upplevde och det ledde i vissa fall till att personer valde att inte göra livsstilsförändringar. Enligt en sammanställning av utmaningar i sekundärprevention vid hjärtinfarkt av Piepoli et al. (2017), finns det flertalet anledningar till att personer som drabbas av hjärtinfarkt inte gör de nödvändiga livsstilsförändringar de behöver göra för att minska risken för olika följdåkommor. Man menar att det dels kan bero på personliga kunskapsluckor hos de drabbade, avsaknad av personlig empowerment och dålig följsamhet till livsstilsförändringar. Man menar att det också kan bero på hälso- och sjukvårdspersonalens motivation och kunskap, otillräcklig riskbedömning, bristfälligt utarbetade planer för patienter och inadekvat kommunikation mellan vårdgivare. Med detta i åtanke menar vi att det framkommer att ansvaret för en väl genomförd sekundärprevention efter en hjärtinfarkt handlar om att både de

hjärtinfarktsdrabbade och hälso- och sjukvårdspersonalen behöver göra sitt bästa för att uppnå önskade resultat.

Det framkom i vårt resultat att en svårighet som personer upplevde var att acceptera livssituationen efter insjuknandet. Att drabbas av en kronisk sjukdom kan innebära att behöva genomgå en transition. Kralik, Visentin och Van Loon (2006) beskriver att transition uppstår när ens verklighet påverkas och man tvingas till förändring. Hur man lyckas med denna förändringsprocess, beror på hur den drabbade har förmåga att anpassa sig utifrån nya förutsättningar. En metaanalys av Taylor et al. (2004) menade att delta i strukturerade rehabiliteringsprogram var att ge sig själv de bästa förutsättningarna för en lyckad förändringsprocess. Det gjorde att mortaliteten minskade med 20-26 % samt att social och emotionell hälsa och välbefinnande ökade.

I vårt resultat framkom att personer som drabbas av hjärtinfarkt använder olika typer av strategier för att finna acceptans i den nya livssituationen. Lazarus och Folkman (1984) diskuterar begreppet coping som en del av en process som bör betraktas utifrån sitt sammanhang. De menar att copingstrategier inte kan påstås vara bättre eller sämre utan är genomgående tillvägagångssätt för att försöka hantera olika typer av situationer. Denna process kan sträcka sig från veckor till år och kan karaktäriseras av olika copingstrategier och känslomässiga reaktioner. I en studie av Isaksen och Gjengedal (2006) beskrivs en fördelaktig copingstrategi vara att dela upplevelsen av att insjukna med andra drabbade. Det kunde också underlätta återhämtningen samt bidra till känsla av gemenskap. Vi ser därmed medpatienter som en resurs i rehabiliteringen och kan därigenom även beskrivas som viktig för komponenten hanterbarhet i Aaron Antonovskys (2005, s. 45) salutogena teori om känsla av sammanhang (KASAM). Enligt honom handlar hanterbarhet om i vilken omfattning personer upplever sig ha resurser till sitt förfogande att använda sig av i mötet med olika typer av situationer och krav. Vid en hög känsla av hanterbarhet innehas förmåga att möta omständigheter av olika slag utan att uppfatta sig som ett offer inför situationen. I vårt resultat uttryckte personer olika upplevelser om hur de hanterat sin nya livssituation. De beskrev att detta bland annat har påverkats av stödet från andra och begriplighet relaterat till sjukdomen och dess konsekvenser. De beskrev också att insjuknandet gav motivation till att göra förändringar. Den känsla av sammanhang som de upplevt i dagliga livet, kan ha påverkat hur de accepterat livet efter insjuknandet. Antonovsky (2005, s. 47-49) menar att de tre komponenterna hanterbarhet,

begriplighet och meningsfullhet är länkade till varandra och i olika grad ständigt närvarande. Dessa är avgörande för individens förmåga att hantera samt acceptera situationer av olika slag och samtidigt bibehålla hälsa.

Metoddiskussion

Enligt Bengtsson (2016) metodartikel bör studieprocessen och resultatet diskuteras i relation till studiens trovärdighet. De begrepp som bedöms i kvalitativa studier är tillförlitlighet, pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet. I denna studie har tillförlitligheten säkrats genom att båda författarna tillsammans har tagit ut textenheter ur de inkluderade studierna, samt vid analysen av textenheterna. Detta har inte varit linjärt, utan arbetet har gått fram och tillbaka i processen för att säkerställa att allt material som kan vara aktuellt utifrån syftet blivit inkluderat. Bengtsson (2016) menar att tillförlitligheten påverkas av hur genomförandet av datainsamling och analys varit. Stärkande är att vara mer än en person som genomför alla steg. Pålitligheten i denna studie har bearbetats genom att författarna använt sig av en analysstabell som utvecklats under arbetets gång. Färgkoder har använts för att underlätta analysprocessen och genomgående har diskussioner förts mellan författarna i varje steg av kategoriseringsprocessen. Svårigheter har uppstått då författarna har begränsad erfarenhet av analysmetoden i ett material av denna omfattning, därför kan det vara en svaghet i denna studie. Bengtsson (2016) menar att pålitlighet påverkas av stabilitet i uppfattningen av datan och att det är viktigt att vara medveten om att uppfattningen av data förändras över tid. Överförbarheten i denna studie kan vara begränsad relaterat till att ej så precisa inklusionskriterier sattes av författarna. Med det menas att svårighetsgraden av en hjärtinfarkt kan variera mycket samt att tiden sedan insjuknandet kan variera då dessa kriterier inte ingick i litteratursökningarna, detta tror vi kan påverka vilka upplevelser deltagarna i studierna har. Bengtsson (2016) menar att överförbarhet påverkas av bredden av urvalet och urvalsförfarandet. I kvalitativa studier är ofta urvalet litet eftersom det framförallt är djupet man är ute efter, samt att man använt sig av bekvämlighetsurval. I denna studie har bekräftelsebarheten påverkats av att författarna använt sig av en manifest ansats för att undvika tolkning av data, dock kan det inte säkerställas att personliga tolkningar eller förförståelser inverkat. Bekräftelsebarheten påverkas enligt Bengtsson (2016) av hur data presenteras och hur objektiv den uppfattas vara.

Slutsats

Sammanfattningsvis visar resultatet av denna studie att hur personer som drabbats av hjärtinfarkt lever och hanterar sitt dagliga liv, är individuellt. De fick dock många gånger lära sig leva med bestående negativa kroppsliga konsekvenser, men det gjorde också att de behövde göra positiva livsstilsförändringar i sitt dagliga liv. Tydligt var att olika personer hanterar händelsen på olika sätt, vilket sjuksköterskor i eftervården på sjukhus samt öppenvården under rehabiliteringsperioden bör ha medvetenhet kring, för att kunna möta de funderingar och frågor som denna patientgrupp har. Hjärtinfarkt är en livshotande händelse som påverkar de drabbade både i kropp och sinne vilket får många att omvärdera det liv de lever och de val de gör i sitt dagliga liv. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver finnas som stöd och resurs för att guida dessa personer till ett dagligt liv av hälsa och välbefinnande och sekundärprevention är ett område som gått mycket framåt senaste årtiondena. Vi ser också att det finns förbättringsområden i vården av patienter som lever med kroniska sjukdomar utifrån sjuksköterskors engagemang och förmåga att hjälpa patienter att sätta upp mål och se över sina prioriteringar efter en hjärtinfarkt. För att förbättringar ska ske behöver sjuksköterskor arbeta preventivt och ta sin del av ansvaret för att informera och stötta dessa patienter för att undvika återinsjuknande eller ännu bättre att förhindra ett första insjuknande. Denna studie kan hjälpa sjuksköterskor att öka sin förståelse för hur personer som drabbats av hjärtinfarkt upplever sitt dagliga liv. Önskvärda framtida studier är hur sjuksköterskor konkret kan stötta och hjälpa dessa personer i sitt dagliga liv efter hjärtinfarkten.

Referenser

* = artiklar som ingår i analysen

Abreu de Vargas, R., Riegel, F., de Oliveira Junior, N., Silveira Siqueira, D., & Oliveira Crossetti, M. da G. (2017). Quality of life of patients after myocardial infarction: Literature integrative review. *Journal of Nursing, 11*(7), 2803–2809. doi: 10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201721

* Allison, M., & Campbell, C. (2009). 'Maybe it could be a heart attack But I'm only 31': Young men's lived experience of myocardial infarction—An exploratory study. *American Journal of Men's Health, 3*(2), 116-125. doi:10.1177/1557988307308519

Andersson, E. K., Borglin, G., Sjöström-Strand, A., & Willman, A. (2013). Standing alone when life takes an unexpected turn: Being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(4), 864-871. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x

* Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The experience of younger adults following myocardial infarction. *Qualitative health, 23*(6), 762–772. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/1049732313482049>

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Arda Sürücü, H., Büyükkaya Besen, D., & Erbil, E. Y. (2018). Empowerment and social support as predictors of self-care behaviors and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *Clinical Nursing Research, 27*(4), 395–413. <https://doi.org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/1054773816688940>

Bayrak, D., & Tosun, N. (2018). Determination of nursing activities for prevention of heart attack and stroke in hypertension patients. *International Journal of Caring Sciences, 11*(2), 1073–1082. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com.proxy.lib.ltu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=131851646&site=ehost-live&scope=site>

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8–14. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1016/j.npls.2016.01.001>

Brink, E. (2009). Adaptation positions and behavior among post--myocardial infarction patients. *Clinical Nursing Research*, 18(2), 119–135. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/1054773809332326>

* Brink, E., Karlson, B. W., & Hallberg L. R. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: Reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403–411. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1111/j.1365-2648.2006.03737.x>

Carnevali, D. (1996). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB.

Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. Retrieved from <http://proxy.lib.ltu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ977534&lang=sv&site=eds-live&scope=site>

* Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.lib.ltu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106440829&site=ehost-live&scope=site>

do Céu Mendes Pinto Marques, M., Parreira Mendes, F. R., & da Conceição Cascalho Serra, I. (2017). Lifestyles: Social representations construed by patients with myocardial infarction and family members. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 38(2), 1–8. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1590/1983-1447.2017.02.62593>

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. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/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*, *13*(3), 270–276. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/1474515113491649>

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

Figueiras, M. J., Maroco, J., Monteiro, R., Caeiro, R., & Dias Neto, D. (2017). Randomized controlled trial of an intervention to change cardiac misconceptions in myocardial infarction patients. *Psychology, Health & Medicine*, *22*(3), 255–265. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1080/13548506.2016.1153677>

* Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process. *Rehabilitation Nursing*. *31*(2):63-68. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00127.x>

Isaksen, A. S., & Gjengedal, E. (2006). Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *20*(4), 403–411. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.lib.ltu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105872405&site=ehost-live&scope=site>

* Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*(2), 289–296. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1111/scs.12058>

Kamm-Steigelman, L., Kimble, L. P., Dunbar, S., Sowell, R. L., & Bairan, A. (2006). Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 141–159.

<https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1080/01612840500436925>

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 96-113). Lund: Studentlitteratur.

Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

* 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

* Kristofferzon, M., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 391-401. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x

Larsen, K. K., Vestergaard, M., Søndergaard, J., & Christensen, B. (2011). Rehabilitation status three months after first-time myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 210-215. <http://dx.doi.org.proxy.lib.ltu.se/10.3109/02813432.2011.629147>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from

<http://proxy.lib.ltu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=246291&lang=sv&site=eds-live&scope=site>

Leong, J., Molassiotis, A., & Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: The role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(1), 26–38. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1016/j.cein.2004.02.001>

Lundh, B., & Malmquist, J. (2005). *Medicinska ord - Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur.

* Merritt, C. J., 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. doi: 10.1111/bjhp.12249

Morse, J. (2001). Researching illness and injury: Methodological considerations. *Qualitative Health Research*, 10(4), 538-546. Retrieved from <http://proxy.lib.ltu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edswws&AN=000087753700008&lang=sv&site=eds-live&scope=site>

Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), 189–195. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1046/j.1365-2648.1994.20010189.x>

* Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, 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.proxy.lib.ltu.se/10.1177/1742395317694700>

Nunes, S. R. T., Rego, G., & Nunes, R. (2016). Right or duty of information. *Nursing Ethics*, 23(1), 36–47. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/0969733014557116>

Ostergaard Jensen, B., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counselling*, 51(2), 123-131. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com.proxy.lib.ltu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106738607&site=ehost-live&scope=site>

Piepoli, M. F., Corra, U., Dendale, P., Frederix, I., Prescott, E., Schmid, J. P., Cupples, M., Deaton, C., Doherty, P., Giannuzzi, P., Graham, I., Hansen, T. B., Jennings, C., Landmesser, U., Marques-Vidal, P., Vrints, C., Walker, D., Bueno, H., Fitzsimons, D., & Pelliccia, A. (2017). Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(5), 369–380.
<https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/1474515117702594>

Piepoli, M. F., Corra, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Zwisler, A. D. O., & Schmid, J. P. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, *17*(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3283313592>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer business.

Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: An interview study. *Journal of Advanced Nursing*, *34*(6), 787–794.
<https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1046/j.1365-2648.2001.01809.x>

Rosenfeld, A. G., & Gilkeson, J. (2000). Meaning of illness for women with coronary heart disease. *Heart & Lung*, *29*(2), 105–112. Retrieved from
<http://search.ebscohost.com.proxy.lib.ltu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107109878&site=ehost-live&scope=site>

Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459–466. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x>

Smith, D. F. (2001). Negative emotions and coronary heart disease: Causally related or merely coexistent? A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(1), 57–69. Retrieved from <http://proxy.lib.ltu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edswss&AN=000166966800007&lang=sv&site=eds-live&scope=site>

Soares Passinho, R., Garcia Romero Sipolatti, W., Fioresi, M., & Caniçali Primo, C. (2018). Signs, symptoms and complications of acute myocardial infarction. *Journal of Nursing*, 12(1), 247-264. <http://dx.doi.org.proxy.lib.ltu.se/10.5205/1981-8963-v12i1a22664p247-264-2018>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 september, 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20999/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om hjärtinfarkter 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 september, 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20721/2017-10-23.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtad 1 oktober, 2018, från <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

* Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care for Women International*, 33(12), 1096–1113. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1080/07399332.2012.684815>

* Sundler, A. J., Dahlberg, K., & Ekenstam, C. (2009). The meaning of close relationships and sexuality: Women's well-being following a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 19(3), 375-387. doi:10.1177/1049732309331882

Svensk Sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för Legitimerad Sjuksköterska*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 9 oktober, 2018 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 9 oktober, 2018, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Taylor, R., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Skidmore, B., Stone, J., Stone, J., Thompson, D., & Oldridge, N. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*, 116(10), 682–692. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1016/j.amjmed.2004.01.009>

Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Vermunt, N. P. C. A., Westert, G. P., Faber, M. J., & Olde Rikkert, M. G. M. (2018). Assessment of goals and priorities in patients with a chronic condition: a secondary quantitative analysis of determinants across 11 countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(1), 80–88. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1080/02813432.2018.1426149>

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2016). *Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 5 oktober, 2018 från https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/Hearts_package.pdf

Zinn, J. O. (2005). The biographical approach: A better way to understand behaviour in health and illness. *Health, Risk & Society*, 7(1), 1-9. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.lib.ltu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106638301&site=ehost-live&scope=site>