



Efter hjärtinfarkt - att lyckas med livsstilsförändringar

Angela Brännén
Anna Bursell

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Omvårdnad 61-90 hp
Vt 2009

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



After myocardial infarction - to be successful with lifestylechanges

Angela Brännèn
Anna Bursell

Nursing Programme 180 ECTS
Nursing Care 61-90 ECTS
Spring 2009

School of Social and Health Sciences
P.O Box 823
SE-301 18 Halmstad, Sweden

| | |
|-----------------------|---|
| Titel | Efter hjärtinfarkt – att lyckas med livsstilsförändringar |
| Författare | Angela Brännén, Anna Bursell |
| Sektion | Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad |
| Handledare | Inger Jansson, adjunkt |
| Examinator | Petra Svedberg, lektor |
| Tid | Vårterminen 2009 |
| Sidantal | 19 |
| Nyckelord | Hjärtinfarkt, livsstilsförändringar, motivation, omvårdnad, rehabilitering, sjuksköterska, stöd, |
| Sammanfattning | <p>Många personer drabbas årligen av hjärtinfarkt, ofta rekommenderas livsstilsförändringar i rehabiliteringsfasen. Det är en utmaning för hälso- och sjukvårdspersonal att motivera och stödja patienten i deras strävan mot en förbättrad livsstil. Syftet med studien var att belysa de faktorer som underlättar respektive försvårar patientens livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. Studien genomfördes som en litteraturstudie och baserades på 12 vetenskapliga artiklar. I resultatet framkom sex kategorier. Dessa var socialt stöd, professionellt stöd, rehabiliteringsprogram, självcentrerat perspektiv, existentiellt perspektiv samt miljö. I omvårdnaden är det viktigt att hänsyn tas till den enskilda individen vid livsstilsförändringar, det krävs då både medvetenhet och kunskap från hälso- och sjukvårdspersonal. De sex kategorier som framkom ger kunskap som underlättar arbetet med patienter som drabbats av hjärtinfarkt. Beträffande framtida forskning vore det intressant att se vad som påverkar den eventuella varaktigheten av livsstilsförändringar, då följsamheten är viktig för att undvika att patienten drabbas av ytterligare hjärtinfarkter.</p> |

Titel After Myocardial infarction – to be successful with lifestylechanges

Author Angela Brännén, Anna Bursell

Department School of Social and Health Sciences, Halmstad University
P.O. Box 823, S-301 18 Halmstad, Sweden

Supervisor Inger Jansson, lecturer

Examiner Petra Svedberg, senior lecturer

Period Spring 2009

Pages 19

Key Words Lifestyle, motivation, myocardial infarction, nurses, nursing rehabilitation, support

Abstract Each year numerous people suffer a myocardial infarction. A change of lifestyle is often recommended in the rehabilitation phase. Health care personal faces a challenge in motivating and supporting the patient in their efforts to improve their lifestyle. The purpose of this literature study is to illustrate the factors that facilitates respectively impedes the patient's lifestyle changes after a myocardial infarction. The study was conducted as a literature review and was based on 12 scientific articles. The results revealed six categories. These were social support, professional support, rehabilitation, self-centered perspective, existential perspective, and the environment. At lifestyle changes, it is important to take the individual into account in the nursing care. Both knowledge and awareness is then essential by the healthcare personnel. The six categories that emerged, provides knowledge that facilitates the work with patients affected by myocardial infarction. In future research, it would be interesting to see what it is that affects the possible duration of lifestyle changes, as consistency is important to avoid that the patient suffer further myocardial infarction.

| | |
|--|-----------|
| Innehåll | |
| Inledning | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Patofysiologi och farmakologi | 1 |
| Riskfaktorer | 2 |
| Livsstilsförändringar | 2 |
| Rehabilitering | 3 |
| Sjuksköterskans ansvarsområde | 4 |
| Socialt och professionellt stöd | 4 |
| Syfte | 5 |
| Metod | 5 |
| Datansamling | 5 |
| Databearbetning | 8 |
| Resultat | 8 |
| Socialt stöd | 8 |
| Professionellt stöd | 10 |
| Rehabiliteringsprogram | 10 |
| Självcentrerat perspektiv | 11 |
| Existentiellt perspektiv | 12 |
| Miljö | 12 |
| Diskussion | 13 |
| Metoddiskussion | 13 |
| Resultatdiskussion | 13 |
| Socialt stöd | 14 |
| Professionellt stöd | 14 |

| | |
|---|-----------|
| Rehabilitering | 15 |
| Självcntrerat perspektiv | 16 |
| Existentiellt | 17 |
| Miljö | 17 |
| | |
| Konklusion | 18 |
| | |
| Implikation | 18 |
| | |
| Referenser | |
| | |
| Bilagor Tabell 2 artikelöversikt | |

Inledning

I Sverige är hjärt- och kärlsjukdom den vanligaste dödsorsaken (Socialstyrelsen, 2008) och år 2006 avled 91 271 personer av kranskärlssjukdom. Kvinnor och män drabbas i lika stor utsträckning, kvinnor är i regel äldre än männen då de drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Följden av det blir att fler kvinnor än män avlider till följd av hjärtinfarkt. Årligen vårdas omkring 27 000 människor (sjukvårdsrådgivningen, 2008) efter att drabbats av hjärtinfarkt i Sverige. Forskning visar att sunda levnadsvanor kan eliminera risken för hjärtinfarkt (Petersson, Östgren, Brudin, Ovhed & Nilsson, 2008). Antalet drabbade har stadigt minskat med ungefär 2000 personer per år under de senaste 10 åren. Detta tack vare förbättrade behandlingsmetoder samt en ökad kunskap hos befolkningen om hur viktig livsstilen är. Hjärtinfarkt innebär ofta en förändrad livsstil, rekommendationer så som dietförändringar, ökad fysisk aktivitet, samt rökstopp kan då ges (Landstinget Halland, 2006). Rehabilitering är något som ofta erbjuds patienter i efterförloppet av hjärtinfarkt (Haugland, et al., 2002). De första månaderna får patienten hjälp med rehabilitering så som kostråd, samtalsstöd, hjälp och stöd att klara av återgång till arbetet, hjälp med rökavvänjning samt hjälp till fysisk aktivitet. För att inte drabbas av ytterligare hjärtinfarkt krävs ett livslångt bevarande av de förändringar patienten gjort.

Bakgrund

Patofysiologi och farmakologi

Hjärtat är den muskel som via sin pumpförmåga försörjer kroppens alla celler med syrerikt blod (Henriksson & Rasmusson, 2007). Hjärtat försörjs med blod genom kransartärerna, även kallade koronarartärerna. Dessa går från aorta, en till vänster hjärthalva (arteria coronaria sinistra) och en till höger hjärthalva (arteria coronaria dextra). När hjärtat vilar fylls koronarartärerna med blod, när hjärtat pumpar trycks dessa ihop och blodflödet avstannar. Aterosklerosprocessen leder till förändringar i artärväggen (Ericson & Ericson, 2002) då en kronisk inflammatorisk process sker, dessa kärlförändringar står för mer än 50% av alla dödsfall i Sverige. Inflammationen drabbar oftast stora artärer så som koronarartärerna. Vid en hjärtinfarkt minskar hastigt blodtillförseln i ett kranskärl vilket leder till syrebrist. Oftast sker detta av att plack som finns i aterosklerotiska kärl fått en ruptur. När uppkomsten av rupturen skett aktiveras de röda blodkropparna i blodet. De blir då klubbiga och fastnar lätt mot kärlväggen vilket kan leda till att kärlet täpps till. I detta skede kan kärlspasm uppstå vilket förvärrar syrebristen ytterligare. Risken att dö i hjärtinfarkt är störst under de två första timmarna (Haugland, Hansen & Areklett, 2002) vilket drabbar hälften av alla insjuknade. Detta hänger oftast ihop med att patienten fått allvarliga arytmier, chocktillstånd, hjärtsvikt eller en ruptur av myokardiet till följd av hjärtinfarkten. Vid hjärtinfarkt är det viktigt att så fort som möjligt återskapa blodflödet i det drabbade området (Socialstyrelsen, 2008). En snabb och effektiv behandling gör att skadan reduceras. Detta görs bäst med trombolys vilket leder till att proppen löses upp. Vanlig förekommande behandling är PCI (percutan coronar intervention) så kallad ballongvidgning av det drabbade kärlet (Wikström, 2006). En tunn kateter förs in via ljumsken till den drabbade delen av kranskärlet, katetern är försedd med en ballong som kuffas upp och blodflödet kan återskapas.

Läkemedel vid behandling av högt blodtryck och höga blodfetter kan förhindras med förändrade levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2008). Stöd och råd om förbättrad livsstil bör ges innan läkemedelsförskrivning. Den farmakologiska behandlingen av förhöjda blodfetter är statiner, som är gruppen för lipidsänkande medel (Norlén, Lindström, Gagnemo & Persson, 2004). Dessa läkemedel gör att LDL- kolesterolet minskar i blodet, vilket förhindrar att plack bildas i kranskärlen. Patienter med högt blodtryck behandlas vanligen med läkemedel från grupperna tiazider, ACE-hämmare och betablockerare (Socialstyrelsen, 2008).

Riskfaktorer

Riskfaktorer delas in i påverkbara, delvis påverkbara samt opåverkbara (Haugland, et al., 2002). Påverkbara riskfaktorer är rökning, ohälsosam diet, fysisk inaktivitet, övervikt, bukfetma, och ett lågt intag av frukt och grönsaker. Två tredjedelar av alla hjärtinfarkter bedöms kunna förebyggas genom hälsosammare levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2008). De delvis påverkbara faktorerna (Haugland, et al., 2002) är diabetes mellitus, högt blodtryck och höga lipidhalter. Det finns tre viktiga opåverkbara riskfaktorer, ålder, genetiskt arv och kön. Vad gäller ålder är risken högre att drabbas av hjärtinfarkt ju äldre individen är. Det genetiska arvet är en annan riskfaktor, om släktingar har drabbats av hjärtinfarkt i ung ålder ses det som en hög riskfaktor för kommande generation. Bland den äldre delen av befolkningen är fördelningen mellan män och kvinnor jämn, men hos yngre personer drabbas män mer frekvent än kvinnor. Kvinnor har ett visst skydd mot hjärtinfarkt genom egen produktion av hormonet östrogen (Ericson & Ericson, 2002). Rökning är farligare för kvinnor än för män (Lockne, 2002). Rökning sänker östrogennivån vilket gör att det skydd östrogen kan ge minskar eller uteblir. Rökningen bidrar i och med de sänkta östrogennivåerna till en för tidig menopaus vilket utgör en riskfaktor för hjärtinfarkt, efter menopausen upphör dock detta skydd. Andra könsskillnader som kan ses är psykosocial stress, kvinnor drabbas oftare då relations eller familjeproblematik finns. Män reagerar mer på stress i arbetslivet eller när ekonomiska problem uppstår (Lockne, 2002). HeartSCORE är ett riskskattnings instrument som används för att se om risk för hjärtinfarkt föreligger (Socialstyrelsen, 2008). I SCORE ingår kön, ålder, rökning, systoliskt blodtryck och kolesterol. Med hjälp av dessa variabler kan risken för hjärtinfarkt skattas.

Livsstilsförändringar

Livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt (Pettersson, et al., 2008) som har positiva effekter på kroppen är minskad stress, rökstopp, lägre fettintag, viktnedgång, ökad fysisk aktivitet samt minskat intag av alkohol. Statens folkhälsoinstitut [FHI], (2009) utvecklar och förmedlar kunskap för bättre hälsa, de har tagit fram olika målområden för att främja och förbättra hälsan hos den svenska befolkningen. Efter hjärtinfarkt är målet att kunna återgå till ett så normalt liv som möjligt (Ericson & Ericson, 2002). Patienter har ingen nämnvärt sämre arbetsförmåga efter hjärtinfarkt, däremot upplever individen ofta trötthet och obehagskänsla i bröstet. Denna känsla kan motverkas med fysisk aktivitet så som promenader, cykling, simning, samt lättare jogging. Genom ett fysiskt aktivt leverne (Socialstyrelsen, 2008) reduceras risken att drabbas av hjärtinfarkt till hälften. Motion och fysisk aktivitet bidrar till avslappning (Ericson & Ericson, 2002) och därigenom uppnås en positiv effekt, även

prestationsförmågan höjs av fysisk aktivitet, detta då stimulering av hjärtmuskeln ökar individens syreupptagning. Det är viktigt att individen känner efter vilken slags fysisk aktivitet som känns bäst (Haugland, et al, 2002) samt hur mycket kroppen orkar. Staten skall ge befolkningen förutsättningar till fysisk aktivitet vilket tas upp i folkhälsomål nio (FHI, 2009). Efter att ha drabbats av hjärtinfarkt rekommenderas oftast vissa livsstilsförändringar, som rökstopp, dietförändring, minska på stress samt öka den fysiska aktiviteten. Att undvika stress i det dagliga livet minskar utsöndringen av hormonet adrenalin. Adrenalin gör att blodkärlen kontraherar och därmed höjs blodtrycket, vilket ökar hjärtats syrebehov. Stress orsakar även uppkomsten av aterosklerotiska plack, på grund av den hormonreaktion som sker. Det har även visat sig att stress ökar lipiderna i blodet (Ericson & Ericson, 2002). För att undvika stress behöver patienten ta mer hänsyn till sig själv (Haugland, et al., 2002) och hennes egna behov och begränsningar. Folkhälsomål 11 innefattar tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel (FHI, 2009). Att vara beroende av tidigare nämnda variabler påverkas hälsan negativt. Personalen inom hälso- och sjukvården har en central roll i att förebygga beroende, samt att arbeta hälsofrämjande. En viktig livsstilsförändring efter en hjärtinfarkt är att sluta röka (Ericson & Ericson, 2002). Fördelarna med rökstopp är att de aterosklerotiska förändringarna minskar och därmed även risken för att drabbas av reinfarkt. Folkhälsomål 10, tar upp matvanor och livsmedel (FHI, 2009). Bra matvanor i kombination med fysisk aktivitet minskar risken för att drabbas av hjärt- och kärl sjukdomar. Sveriges befolkning har mestadels god matkultur med sund och hälsosam mat. Dock finns grupper i samhället där låg utbildning och låg inkomst ökar risken för fetma. Folkhälsoinstitutet (2009) har en stor roll i att ge befolkningen kunskap om sunda matvanor samt vilka risker osund kost kan medföra. Personer som lider av fetma räknas ha en kortare livslängd, ca 6-7 år (Socialstyrelsen, 2009). Risken att dö i hjärt- kärl sjukdomar är betydligt högre om övervikt föreligger. Efter hjärtinfarkt kan det därmed bli aktuellt med viktminskning (Ericson & Ericson, 2002). Rekommendationen är minskad mängd mättat fett, lågt intag av socker och ökad konsumtion av grönsaker och fibrer (Ericson & Ericson, 2002).

Rehabilitering

Hjärtrehabilitering är en viktig del då patienten ska återfå sitt fysiska, psykiska och sociala sätt att fungera (Socialstyrelsen, 2008). Hjärtrehabilitering fokuserar på rökstopp, fysisk träning, dietförändring samt stresshantering.

Efter hjärtinfarkt då patienten skrivs ut från sjukhuset (Haugland, et al., 2002) erbjuds oftast rehabilitering i grupp. Då erbjuds patienten fysisk aktivitet, gruppen träffas någon eller några månader, ett par gånger i veckan. Tanken är att patienten ska få hjälp att komma igång med träning och rehabiliteringsteamet utgår ifrån varje enskild patients kapacitet. I gruppen lär sig patienterna också hur hjärtat fungerar samt vilken kost som är bäst att äta för att förhindra uppkomsten av ateroskleros. Patienterna undervisas även om riskerna av att röka, och stressens negativa inverkan på kroppen. På flertalet sjukhus finns kranskärlsteam (Hjärt- lungfonden, 2008) där både läkare, sjuksköterskor, dietister samt sjukgymnaster arbetar i rehabiliteringsgrupper. Vanligast är att patienten är sjukskriven i två till tre månader efter insjuknandet. Därefter kan det bli aktuellt att arbeta halvtid och sakta återgå till arbetet. Det är viktigt att patienten tar den tid som krävs för återhämtning och slipper känna press. Flertalet patienter känner ofta skuld, särskilt då anhöriga ofta ställer

höga krav på en snabb återhämtning. Fler kvinnor än män avböjer chansen att delta i rehabilitering. Ibland delas rehabiliteringen in i tre faser (Landstinget Halland, 2006). Den första är den akuta fasen, den andra fasen innebär att patienterna i 3-6 månader får bland annat kostråd, samtalsstöd, hjälp och stöd att klara av återgång till arbetet, hjälp med rökavvänjning samt hjälp till fysisk aktivitet. Den tredje fasen innebär ett livslångt bevarande av de förändringar patienterna gjort.

Sjuksköterskans ansvarsområde

Sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2008). Omvårdnadens huvudsakliga målsättning är god hälsa för den enskilda individen. Sjuksköterskan har sin största hälsofrämjande potential i det vardagliga mötet med patienterna. Människor som är utsatta eller befinner sig i en svår situation ska kunna återhämta sig samt få en bra upplevelse av vården. För att uppnå det krävs ett bra förhållningssätt och bemötande från sjuksköterskan. Arbeta med att främja hälsa kan göras genom att tillvarata patientens egna resurser. Det är viktigt att tro på patientens egen förmåga samt respektera värderingar och tankar. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att stärka patientens tilltro till sin egen förmåga. I samspelet mellan patienten och sjuksköterskan skapas tillit, det är en förutsättning för förtroende dem emellan. Genom att våga ge varandra förtroende kan de båda tillsammans verka för att förbättra hälsan hos patienten (SSF, 2008). Alla människor är unika och hänsyn måste tas till patientens personlighet, livshistoria och livssituation (Jahren- Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Sjuksköterskans arbete styrs av hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) 2§ vilken garanterar rätten till god vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdslagen inbegriper även bestämmelser om att vården ska bygga på respekt. Patientens självbestämmande och integritet ska i så stor utsträckning som möjligt tillgodoses, samt patientens behov av trygghet i såväl vård som behandlingssituation. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att öka hälsan hos befolkningen. Patienter som vänder sig till sjukvården ska få upplysningar om hur de på bästa sätt kan förebygga sjukdom eller skada. Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) beskriver att arbetet oavsett verksamhetsområde ska präglas av ett etiskt förhållningssätt samt bygga på evidensbaserad omvårdnad. I kompetensbeskrivningen beskrivs även ICN:s etiska koder för sjuksköterskor. Enligt koderna har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande.

Folkhälsomål sex beskriver att ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska sätta sin prägel på hela hälso- och sjukvården och finnas med som en självklarhet inom all vård (FHI, 2009). De ska därigenom bidra till färre sjukdoms- och smärttillstånd och dessutom underlätta för den som är kroniskt sjuk. Vårdpersonal inom hälso- och sjukvården har genom sin kompetens och kunskap en viktig uppgift i att förebygga ohälsa samt upplysa och ge information om hälsofrämjande metoder.

Socialt och professionellt stöd

Det professionella stödet patienten erhåller i vårdsituationen (Jahren- Kristoffersen, et al., 2005) kommer från olika professioner inom hälso- och sjukvården. Där ingår bland annat läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, dietister och annan personal som

verkar för förbättrad patienthälsa. Det professionella stödet ska ha kunskap om hur människor kan reagera i olika faser av ett sjukdomsförlopp samt hur det kan upplevas att drabbas av en kronisk sjukdom. Detta är kunskaper som sjuksköterskan och andra professioner inom hälso- och sjukvården behöver för att kunna förstå och hjälpa den enskilda individen vid sjukdom och ohälsa. I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) beskrivs att sjuksköterskan ska tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl som det fysiska och psykiska. Det existentiella behovet är också viktigt att ta hänsyn till (SFF, 2008). Ett holistiskt synsätt innebär att människan ses som en helhet och inte enbart summan av olika delar. Det sociala, kulturella men även andliga är mycket betydelsefullt att beakta i vårdandet. I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) står att sjuksköterskan ska ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga sjukdom samt vid behov kunna motivera patienter till förändrade livsstilsvanor. Sjuksköterskan ska även kunna identifiera patientens resurser och förmåga till egenvård. I det professionella stödet ingår även att kunna undervisa och stödja patienter och närstående i svåra situationer. Att samtala med patient och närstående kan ge dem stöd och vägledning vilket möjliggör delaktighet i vård och behandling. Det sociala stödet får patienten från människor i sin omvärld (Jahren-Kristoffersen, et al., 2005). De flesta människor har en inre och en yttre cirkel av människor kring sig. Den inre består av partner, familj och nära vänner. Den yttre består av kollegor och andra bekanta som inte har lika stort inflytande i personens liv. Omsorgen om personerna i den inre ringen är naturlig, det krävs ingen ansträngning utan är en naturlig följd av den nära relationen. Att ge och ta emot omsorg bland personer i den inre ringen är oftast naturligt och självklart. Omsorgsförhållandet dem emellan är oftast ömsesidigt, alla både ger och tar emot omsorg. När någon i den inre cirkeln behöver hjälp ser de andra till att han/hon får det, plikt känslan att behöva hjälpa någon kan dock upplevas som stark ibland (Jahren-Kristoffersen, et al., 2005).

För många patienter som genomgått en hjärtinfarkt blir livsstilsförändring en nödvändig åtgärd för att förhindra återinsjuknande. Faktorer som underlättar respektive försvårar patientens livsstilsförändringar är därför viktig att belysa.

Syfte

Syftet med studien var att belysa faktorer som underlättar respektive försvårar patientens livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt.

Metod

Den metod som användes i litteraturstudien hade sin utgångspunkt i Fribergs (2006) litteraturoversikt. Studien utfördes utifrån en induktiv ansats.

Datainsamling

Utifrån syfte valdes sökord som användes i sökstrategin. De sökord som använts i litteratursökningen är: *Myocardial infarction, rehabilitation, motivation, life style, experience, nurses, nursing, support* samt *social support*. De olika sökorden

kombinerades med hjälp av den boolska termen ”AND” vilket begränsade sökningarna. De andra sökorden användes för att specificera sökningen till syftet. Artiklar till litteraturstudien söktes på databaserna CINAHL och PubMed via högskolan i Halmstad. De databaserna valdes eftersom de innehöll aktuell forskning inom omvårdnad. Myocardial infarction användes i alla sökordskombinationer då hjärtinfarkt ansågs vara den viktigaste termen bland sökorden. I Cinahl användes funktionen Major Headings [MH] för sökordet *myocardial infarction*, fritextsökning gjordes på orden *motivation, lifestyle, rehabilitation, experience* samt *social support* men då också tillsammans med *myocardial infarction*. I PubMed användes funktionen Medical Subject Headings [MeSH] för sökorden *myocardial infarction* och *life style*. Fritextsökning gjordes på orden *motivation, rehabilitation* och *experience*, dessa kombinerades i alla sökningar med *myocardial infarction*. Inklusionskriterier för de båda databaserna var att artiklarna hade publicerats mellan åren 2004-2009, samt att de var skrivna på engelska. I Cinahl var även inklusionskriteriet att artiklarna var vetenskapligt granskade (research article). I PubMed var inklusionskriteriet att artiklarna skulle ha en sammanfattning (abstract). Manuel sökning tillämpades utifrån referenser från lästa artiklar, två vetenskapliga artiklar framkom. Artiklarna söktes med hjälp av tidskriftslistan via högskolan i Halmstads hemsida.

För att välja ut artiklar till studien lästes först titlarna. Sågs titeln relevant till syftet lästes abstract och ansågs det svara mot syftet gick artikeln till urval ett, för att läsas i fulltext. Sjutton artiklar framkom, efter genomläsning av dessa valdes fem bort och resterande ingick i resultatet. Två av artiklarna valdes bort på grund av att de var reviewartiklar, detta trots att sökningen gjordes med inklusionskriteriet research artikel. En artikel som valdes bort handlade främst om hjärtinfarktspatienter och deras partner, fokus i artikeln var partnern och inte patienten som drabbats. Två artiklar valdes bort då de framför allt handlade om depressionsproblematik i samband med hjärtinfarkt. Alla artiklar utom en var godkända av en etisk kommitté eller tog upp etiska aspekter. Övervägande om huruvida artikeln skulle ingå i resultatet eller inte gjordes. Artikeln ansågs dock svara mot syftet och användes därför i litteraturstudien. Vid närmare granskning framkom 12 artiklar till urval två. Artiklarna granskades och kvalitetsbedömdes enligt Carlsson & Eimans (2003). Se sökhistorik i tabell I. Siffran inom parantes visar att artikeln finns med tidigare.

Tabell I. Sökhistoria.

| Databas | Datum | Sökord | Antal träffar | Genomlästa abstract | Urval 1 | Urval 2 Valda artiklar |
|---------|--------|--|---------------|---------------------|---------|------------------------|
| PUBMED | 090402 | "Myocardial Infarction"[Mesh] AND "Life Style"[Mesh] AND motivation | 4 | 4 | 2 | 2 |
| PUBMED | 090402 | "Myocardial Infarction"[Mesh] AND "Life Style"[Mesh] AND Rehabilitation | 36 | 36 (4) | 5 (1) | 4(1) |

| | | | | | | |
|--------|--------|--|----|---------|-------|-------|
| PUBMED | 090402 | "Myocardial Infarction"[Mesh] AND "Life Style"[Mesh] AND experience | 15 | 15 (9) | 3 (2) | 3 (2) |
| PUBMED | 090402 | "Myocardial Infarction"[Mesh] AND motivation AND rehabilitation | 19 | 19 (4) | 4 (2) | 3 (2) |
| PUBMED | 090409 | "Myocardial Infarction"[Mesh] AND "Social Support" [Mesh] AND "Nursing" [Mesh] | 16 | 16 (6) | 6 (4) | 4(4) |
| CINAHL | 090403 | (MM "Myocardial Infarction") AND life style | 32 | 32 (14) | 7(5) | 5(5) |
| CHINAL | 090403 | (MM "Myocardial Infarction") AND life style AND rehabilitation | 14 | 14 (14) | 6 (5) | 3(3) |
| CINAHL | 090403 | (MM "Myocardial Infarction") AND life style AND experience | 5 | 5 (5) | 3(3) | 2(2) |
| CHINAL | 090403 | (MM "Myocardial Infarction") AND motivation | 6 | 6 (2) | 2(1) | 2(1) |
| CHINAL | 090403 | (MM "Myocardial Infarction") AND motivation AND rehabilitation | 3 | 3 (3) | 2(2) | 2(2) |
| CHINAL | 090409 | (MM "Myocardial Infarction") AND Nurses AND support | 17 | 17(6) | 4(3) | 2(1) |
| CHINAL | 090409 | (MM "Myocardial Infarction") AND social support | 22 | 22(3) | 2 (1) | 2(1) |

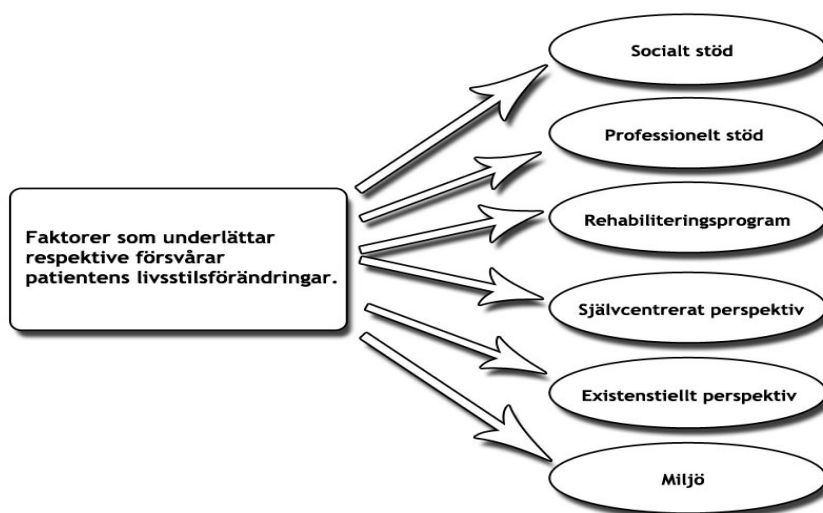
Limits: PubMed: Published in the last five year, Abstract, English
Limits: CINAHL: 2004-2009, Research article, English

Databearbetning

Tolv artiklar användes i resultatet. Dessa artiklar översattes till svenska och sammanfattades. Utifrån artiklarnas resultat sammanställdes materialet vilket resulterade i att olika kategorier växte fram. Efter genomläsning och granskning av materialet omprövades de olika kategorierna flertalet gånger. De slutliga kategorierna blev *socialt stöd*, *professionellt stöd*, *rehabiliteringsprogram*, *självcentrerat perspektiv*, *existentiellt perspektiv*, samt *miljö*. Kategorierna granskades då internt homogena grupper ville uppnås, detta material blev sedan det slutliga resultatet i litteraturstudien. En modell arbetades fram för att göra resultatet med dess kategorier mer lättöverskådligt. (se fig1)

Resultat

Resultatet visar att följande faktorer underlättar respektive försvårar patientens livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt (se figur 1).



Figur 1.

Socialt stöd

Undersökningar visar (Kristofferzon, Löfmark och Carlsson, 2008; Hagan, Botti & Watts, 2007; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007; Hildingh, Fridlund & Lidell, 2006; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005a; Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren & Bergdahl, 2005; Mc Sweeney & Coon, 2004) att stöd från det sociala nätverket ansågs vara en underlättande faktor i arbetet med livsstilsförändringar, nätverket upplevdes även som en hjälp med att få meningen med livet tillbaka. Stöttning från nätverket gav informanterna styrka att tro på sig själva och sätta tillit

till sin egen kapacitet i svåra situationer. Stöd och uppmuntran hjälpte informanterna med sina livsstilsförändringar (Mc Sweeney & Coon, 2004) samt även att fullfölja dem på längre sikt. Enligt Kristofferzon, et al., (2008); Kristofferzon, et al., (2007); Kristofferzon, et al., (2005a) samt Kristofferzon, et al., (2005b) fanns förståelse bland de anhöriga då informanterna hade behov av vila och återhämtning. Kvinnor som levde i ett äktenskap upplevde sina män som ett stort stöd, de menade att männen lyssnade och förstod dem i deras situation. Kvinnorna uttalade även att föräldrar, barn, och barnbarn tog väl hand om dem. Männen som levde i ett förhållande upplevde att de fick stor hjälp av sin fru med allt från livsstilsförändringar till vardagliga ting. Andra personer i männens närhet som upplevdes stödjande var söner, grannar och vänner. Att ha ett stort socialt nätverk (Hagan, et al., 2007) underlättade för informanterna då de fick hjälp med bland annat hushålls- och trädgårdsarbete såväl som snöskottning och andra tunga arbetsuppgifter i hemmet. Relationen till de närmast anhöriga sågs som mycket viktig. Då informanterna upplevde stöd och uppmuntran från sin partner (Kärner, et al., 2005) blev förändringarna lättare att genomföra, då båda ändrade sina matvanor, utövade fysisk aktivitet tillsammans eller slutade röka samtidigt. Dietförändringar var en viktig livsstilsförändring som flertalet av informanterna behövde göra (Boutin-Foster, 2005). Många av dem ansåg det jobbigt då det inte visste hur man lagade hälsosam mat. De informanter som hade ett socialt nätverk kunde här få hjälp med matlagningen och ofta var det mödrar eller andra kvinnor i bekantskapskretsen som hjälpte till. Det sociala nätverket hjälpte även informanterna att komma igång med fysisk aktivitet. Att ha någon som aktivt deltar under träningen kändes bättre än att träna ensam. Det upplevdes som underlättande då det var flera som ”hjälptes åt” under den fysiska träningen, vilket gav dem styrka och motivation att fortsätta. Stöd från chefer och arbetskamrater sågs som en stor hjälp för att kunna genomföra de nödvändiga livsstilsförändringarna (Kärner, et al., 2005). Därmed var möjlighet till träning på arbetstid något informanterna kunde få. Även stressen från arbetet kunde elimineras (Hagan, et al., 2007) genom att arbetskamrater tog över ansvaret för informantens arbetsuppgifter då de inte kunde närvara. Stressen över att inte vara närvarande på jobbet minskade därmed. Arbetande kvinnor (Kristofferzon, et al., 2008) lovade nu sig själva att motstå för höga krav från dem själva men även från arbetsgivare och arbetskamrater.

Både kvinnor och män som levde ensamma rankade sin hälsa lägre (Hagan, et al., 2007; Kristofferzon, et al., 2005a; McSweeney & Coon, 2004;) med mer smärta och mindre socialt umgänge samt sämre psykiskt välbefinnande än de människor som levde i en relation. Upplevelsen av att inte få något socialt stöd från anhöriga gjorde att de områden som behövde förändras blev lidande. Familjen sågs som den absolut viktigaste faktorn för att patienten skulle må bra och att målen för livsstilsförändringar uppfylldes. Informanter som inte kände stöd från anhöriga blev inte uppmuntrade vilket gjorde det svårt att genomföra de livsstilsförändringar som behövdes. Då informanterna inte fick förståelse i sin situation som orkeslös och svag (Hildingh, et al, 2006), upplevdes det jobbigt och därmed fanns inte någon ork till förändring. Informanter (Condon & McCarthy, 2005) kände att de blev överbeskyddade av familjen och partners. De flesta ville ha familjens stöd och uppmuntran, men ofta blev det för kontrollerande och överbeskyddande. Anhöriga identifierade ibland informanten med sjukdomen, medan informanten själva inte ville något hellre än att komma tillbaka till ett normalt liv så fort som möjligt. Informanterna kände sig ibland tyngda över att alltid bli överbeskyddade av anhöriga, många blev rebelliska och kunde även utöva fysiskt våld. Om inget stöd från chef och arbetskamrater fanns, (Hagan, et al, 2007) kände informanterna ett

ansvar gentemot dem att fortsätta arbeta trots att det inte var lämpligt. Informanterna var oroad över att bli uppsagda om deras frånvaro var för hög. De beskrev det så som att de arbetade för att kunna försörja sig och sin familj samt kunna betala sina räkningar. Det fanns en stress över att inte kunna ta hand om familjen.

Professionellt stöd

Flera undersökningar visar (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007; Condon & McCarthy, 2005; Kärner, et al, 2005) att flertalet informanter såg det professionella stödet som mycket viktigt, främst nämndes sjuksköterskorna som stödjande och empatiska. Informanterna valde hellre att anförtro sig åt sjuksköterskan då de ansågs lättare att prata med än läkaren. Männerna och kvinnorna underströk hur viktig sjuksköterskan var i deras rehabilitering (Kristofferzon, et al., 2008; Condon & McCarthy, 2005) och i arbetet med livsstilsförändringarna. En man beskrev (Condon & McCarthy, 2005) att han aldrig kunnat tänka sig att det fanns tillgång till så mycket stöd och hjälp av professionell vårdpersonal. De var nöjda med den information de fått på sjukhuset, då de efter hemkomst kunde ringa personalen vid eventuella frågor, vilket gav dem trygghet.

Informanter i andra undersökningar (Kristofferzon, et al 2007; McSweeney & Coon, 2004) beskrev däremot saknaden av stöd. Kvinnor tyckte de hade problem med att få tillräcklig information från läkare och dietister. Männerna upplevde liksom kvinnorna att de fick för lite information av läkare, de ansågs stressade och intensiva, vilket gav informanterna en känsla av att läkarna inte tog dem på allvar. Då sjukvården inte gav något socialt stöd eller uppmuntran (McSweeney & Coon, 2004) sågs det på den medicinska följsamheten. De områden som främst fallerade då professionellt stöd uteblev var att sluta röka samt dietförändringar. En del informanter upplevde inte heller (Condon & McCarthy, 2005) att de fick något professionellt stöd i långa loppet av sina livsstilsförändringar.

Flertalet informanter (Condon & McCarthy, 2005; Kärner, 2005) ansåg det svårt att göra flera livsstilsförändringar under en och samma period. En mängd olika förändringar var oftast rekommenderade av vårdpersonal för en sundare livsstil. Alla livsstilsförändringar sammantaget gjorde det övermäktigt för den enskilde individen. En man beskrev det på följande vis.

"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, slepp a little bit longer than usual, watch my weight and exercise more (pause) what a task, it is not easy."

(Condon & McCarthy, 2005, s. 41)

Rehabiliteringsprogram

Majoriteten av de som ingick i rehabiliteringen eftersträvade livsstilsförändringar (Wingman, Dalal, Sweeney & Evans, 2006). De flesta hade en önskan om att komma tillbaka till ett normalt liv. Det fanns en önskan om vägledning som den egna individen inte kunde uppnå själv. De ville även att rehabiliteringsteamet skulle hjälpa dem med coping samt ge dem psykologiskt stöd i sitt arbete med livsstilsförändringar efter hjärtinfarkten. Genom att delta i rehabiliteringsprogram kunde informanterna öka sin motivation och förändringsvilja (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et

al., 2007; Wingham, et al., 2006). Detta genom andra gruppdeltagare, kunskap de tillförskaffat sig samt genom stöd och uppmuntran av rehabiliteringsteamet. Informanterna som deltog i rehabiliteringsprogram upplevde trygghet, samt att de fick uppmuntran att bibehålla den nya livsstilen (Kristofferzon, 2008). De som gick i rehabilitering på sjukhus såg det som bekvämt, de behövde inte ta tag i förändringarna helt på egen hand. Upplevelsen av att kunna stödja och utbyta erfarenheter med varandra var en stor anledning till att delta och fullfölja programmet. De informanter som valde hembaserad rehabilitering gjorde det av olika anledningar (Hagan, et al., 2007). En del kände så stark motivation att de inte hade några problem att själva kunna genomföra förändringarna. Vissa ogillade att ingå i en grupp, därför valde de hembaserad rehabilitering. För en del var den känslan var så stark att hade inte hembaserad rehabilitering funnits ville de inte delta. De informanter som var egenföretagare deltog oftare i rehabiliteringsprogrammet (Hagan, et al., 2007). De prioriterade att närvara på rehabiliteringen före arbetsuppgifterna de hade. Eftersom informanterna själva bestämde över sina arbetstider kunde de ta den tid som behövdes till rehabilitering. I motsats till egenföretagarna ägnade de anställda mer tid till arbetet än till rehabilitering, då detta oftast låg på arbetstid. En del informanter hade inte sagt till sina arbetsgivare att de hade möjlighet att gå på rehabilitering, eftersom de då var rädda för att bli uppsagda.

Självcentrerat perspektiv

Informanterna försökte nu prioritera sig själva vilket de inte gjorde tidigare (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007). De använde sig av en mängd olika strategier för att minska sin stress, så som att acceptera sin situation, trappa ner eller lämna saker som skulle göras till dagen därpå (Kristofferzon, et al., 2008). De lärde sig att fråga om hjälp om det behövdes samt minska de krav de hade på sig själva. Genom praktisk träning hade informanterna lärt sig att äta en välbalanserad kost samt möjligheten att välja annorlunda än de tidigare gjort (Hildingh, 2006). De beskrev hur de numera uppmärksammade träningen i det dagliga livet vilket inte setts som viktigt tidigare. Informanterna upplevde att de i och med hjärtinfarkten kommit till insikt om hur de skulle leva för att må bra och ha en så god hälsa som möjligt. I och med hjärtinfarkten hade informanterna nu en annan syn på livet, de mer säkra på hur de ville spendera sin tid, det gjorde att de tänkte mer på sig själva nu än tidigare. Nu kändes det inte heller meningsfullt att lägga onödig tid på sådant som inte gav dem något i utbyte. Hjärtinfarkten har motiverat dem att se sina begränsningar och därmed gjort dem mottagliga för livsstilsförändringar. Informanterna upplevde också (Kristofferzon, et al., 2008) att de numera hade ett mer hälsosamt liv med mer träning. Många av informanterna hade markant ökat sin fysiska aktivitet jämfört med före hjärtinfarkten, vilket resulterade i ökat hälsotillstånd och välmående. En del informanter slutade även röka vilket gjorde att de orkade mer, det kunde även öka deras ekonomi. Kosten sågs som en relativt lätt ändring, (Coyle, 2009) flera hade gått ner i vikt och genom det fått ny energi. En del beskrev det som om de startat ett nytt liv (Kristofferzon, et al., 2008), vilket resulterade i ett mer hälsosamt leverne, de såg sin chans att göra saker som de tidigare missat eller inte gjort. De lärde sig att tala om sina känslor på ett annat sätt. Både män och kvinnor uppskattade sitt sociala liv med familjen och vännerna mer nu än tidigare. Livet var nu mer än bara arbete. Optimistisk coping var en metod flertalet använde sig av, både kvinnor och män (Kristofferzon, et al., 2005b).

När informanterna (Kristofferzon, et al., 2008) uttalade sig om svårigheter kring livsstilsförändringar visade det sig att sluta röka och minska stressen var det mest påfrestande. Alla kände sig motiverade till förändring men en del hade fortfarande ett stort rökbegär. En del hade så stort begär och längtade så mycket efter tobak att de kände otillfredsställelse och var rädda för att de skulle börja röka igen. Informanterna ansåg det jobbigt att acceptera det långsamma tempot hjärtinfarkten fört med sig, flertalet fortsatte i samma tempo som tidigare. En man beskrev (Condon och McCarthy, 2005) att så länge han inte blir tokig av dieten och så länge han kan hålla sig borta från cigaretterna kommer han att må bra.

Existentiellt perspektiv

Flertalet var oerhört tacksamma över att ha överlevt (Coyle, 2009), de uppskattade vänner, barn och partner mer nu än tidigare. Oftast var det inget de reflekterat så starkt över innan de drabbades av hjärtinfarkten. Flertalet hade även lärt känna sig själva på ett annat sätt nu än före hjärtinfarkten, de gick vidare med ett nytt perspektiv på livet. Känslor så som rädsla för döden hade minskat bland informanterna (Kristofferzon, et al., 2008) och de förväntades försvinna med tiden. Flertalet informanter (Condon & McCarthy, 2005) menade att viljan att göra livsstilsförändringar fanns då tacksamheten för överlevnad var stor. Överlevnaden var den största faktorn till livsstilsförändringar tidigt i återställningsfasen, de kom till insikt över att de fått en andra chans. Informanterna (Coyle, 2009; Kärner, et al., 2005) kände sig tacksamma över att ha överlevt hjärtinfarkten, men en rädsla av att drabbas på nytt fanns hos dem. Rädslan kunde ibland hindra dem i deras dagliga liv (Hildingh, et al., 2006). En del hade svårt att vistas utanför hemmet då informanterna kunde känna rädsla för att hjärtat inte skulle orka. De upplevde att de alltid behövde vara på sin vakt för att känna efter eventuella symtom eller andra kroppsliga obehag. Somatiska signaler fungerade som en drivkraft för beteendeförändring (Kärner, et al., 2005) oavsett om signalen upplevts på ett positivt eller negativt sätt. Negativa signaler så som smärta eller positiva signaler så som känslor av välbehag kunde båda vara uppmuntrande för att göra livsstilsförändringar. Denna rädsla ledde till att förändringsviljan var stor. Informanterna (Condon & McCarthy, 2005) ville komma tillbaka till ett så normalt liv som möjligt, detta ansågs vara en stor drivkraft till förändring. Vetskapen om att de levde ett ohälsosamt liv (Kärner, et al., 2005) och detta lett till en hjärtinfarkt, fick dem att leva ett mer sunt och hälsosamt liv.

Miljö

Miljön runt omkring patienten var viktig (McSweeney & Coon, 2004). Den kunde underlätta livsstilsförändring om det exempelvis fanns närhet till träningslokal samt grönområde. En annan miljöaspekt som tas upp är då informanten försökte sluta röka. De beskrev att det var svårt då människor i deras närhet så som partnern eller andra släktingar rökte. Flertalet upplevde det svårt med kosten då främst på arbetsplatsen. Stressen vara en orsak då de inte kunde sitta i lugn och ro och äta eller att de åt på restaurang där maten var ohälsosam. Att inte ha tillgång till bil eller närhet till kollektivtrafik, (Wingham, et al., 2006) gjorde det svårt att ta sig till sjukhuset för uppföljning.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som underlättar respektive försvårar patientens livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. I litteraturstudien ingick en kvantitativ och 11 kvalitativa artiklar, detta sågs positivt då upplevelsen var det som i huvudsak önskades framkomma.

Till en början användes *coronary heart disease* i sökstrategin för att undvika att gå miste om viktiga artiklar som innefattade hjärtinfarkt. Sökresultatet blev då för stort och svårigheter att urskilja artiklar som enbart handlade om patienter med hjärtinfarkt fanns. För att begränsa antalet träffar samt få studier som i huvudsak handlade om hjärtinfarkt användes *myocardial infarction* istället. Användandet av Major Headings (CINAHL) till begreppet *myocardial infarction* ansågs ge styrka i sökningen till hjärtinfarktpatienter. Däremot ansågs det svårt att använda Major Headings till andra begrepp, då antalet träffar blev för få. Därför söktes flera ord i fritextsökning i kombination med *myocardial infarction* som Major Headings. I PubMed användes Medical Subject Headings med begreppen *myocardial infarction*, och *life style*. Här kombinerades dessa också med begrepp i fritextsökning. För att försäkra sig om att sökningarna var korrekta gjordes flertalet omsökningar.

Då artiklarna inte var skrivna på svenska kan resultatet ha påverkats på grund av feltolkning. För att undvika feltolkningar lästes artiklarna flera gånger av båda författarna, följt av en diskussion kring hur översättning och tolkning skett.

Resultatdiskussion

Resultatartiklarna kom från olika världsdelar, vilket kan vara en fördel då hjärtinfarkt är ett globalt problem. Det kan även ses som en svaghet då hälso- och sjukvård troligen skiljer sig åt länder emellan. Sex artiklar var från Sverige, tre artiklar var från USA, en från Irland, en från England samt en från Australien. Att sex av studierna var utförda i Sverige ansågs bra, eftersom det speglar den svenska hälso- och sjukvården. De valda artiklarna ansågs hålla hög vetenskaplig kvalitet vilket ger tillförlitlighet i litteraturstudien. Endast en artikel i resultatet hade mindre vetenskaplig kvalitet, då den fick en trea i Carlsson & Einmans (2003) kvalitetsbedömning. Artikeln fick en lägre bedömning då den saknar diskussionsdel samt godkännande av etisk kommitté, för övrigt sågs den mycket relevant. Fyra av artiklarna hade samma författare, detta ansågs fördelaktigt då de troligtvis har bred kunskap inom ämnet. Syftet i alla resultatartiklarna beskrevs tydligt, detta ansågs höja den vetenskapliga kvalitén. Beskrivningen av urvalet i resultatartiklarna ansågs vara av god kvalitet. Bortfallet i artiklarna saknade betydelse för resultatet. Metodvalet i samtliga artiklar bedömdes relevant samt kunna repeteras på nytt, vilket ses som positivt ur vetenskaplig synvinkel.

Genom denna litteraturstudie har vi fått kunskap om 6 faktorer, som kan underlätta respektive försvåra livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. Det känns oerhört roligt och lockande att snart få arbeta som sjuksköterska. Att inhämta ny kunskap inom området känns motiverande, då denna litteraturstudie givit inspiration.

Socialt stöd

Socialt stöd får människor från omgivningen, (Jahren, et al., 2005) både från vänner och familj men även av andra människor, exempelvis arbetskamrater. Att få stöd från familj och vänner sker oftast automatiskt, därför att vi tar hand om varandra till följd av den nära relationen. Resultatet visar att (Kristofferzon, et al., 2008; Hagan, et al., 2007; Kristofferzon, et al., 2007; Hildingh, et al., 2006; Kristofferzon, et al., 2005a, Kärner, et al., 2005; Mc Sweeney och Coon, 2004) det sociala stödet var en bidragande faktor till att lyckas med livsstilsförändringar. En betydande del i det sociala stödet var att få uppmuntran i att tro på sig själv. Att tillsammans med någon från det sociala stödet sluta röka, börja med fysisk aktivitet och laga bättre mat, gjorde att det gick lättare med den nya livsstilen. Ett annat viktigt stöd (Hagan, et al., 2007) kom från arbetskamrater och chefer, då de avlastade informanterna genom att ta över en del av arbetsuppgifterna. Stöd från personens chef (Kärner, et al., 2005) kunde resultera i att träning på arbetstid kunde införas. Det är viktigt att som hälso- och sjukvårdspersonal informera sig om vad patienten har för socialt stöd. Finns det personer i dess närhet som kan ge det stöd som krävs? Om det inte finns bör vårdpersonalen se till att ge ett bättre och mer långvarigt stöd. Det är också viktigt att se till att personerna i patientens närhet ger ett positivt stöd. Det framkom även att det sociala stödet (Condon & McCarthy, 2005) ibland var alltför kontrollerande och överbeskyddande, vilket upplevdes jobbigt för patienten. Om bekräftelse och förståelse saknades hos det sociala stödet, (Hildingh, et al., 2006) fanns ingen ork till förändrad livsstil hos informanterna. Hälso- och sjukvårdspersonal har en viktig uppgift i att få anhöriga att förstå patientens situation samt bidra till ett så positivt stöd som möjligt. Även brist på stöd från arbetskamrater och chefer ansågs stressande för informanterna (Hagan, et al., 2007) då det gjorde att de kände sig tvingade att fortsätta arbeta trots att det inte var lämpligt, detta av rädsla för att bli uppsagda. Att känna press från arbetet borde ingen behöva känna efter insjuknandet av en hjärtinfarkt. Att få patienten att slappna av och tänka på sig själv kan vara svårt om kraven från arbetet finns. Det är viktigt att patienten inser att stressen är farligt för dem. De personer som helt saknade socialt stöd, (Hagan, et al., 2007; Kristofferzon, et al., 2005a; McSweeney & Coon, 2004;) hade oerhört svårt att göra de förändringarna som krävdes. De rankade också sin hälsa och sitt psykiska välbefinnande lägre. Vårdpersonal bör ge ett stort stöd till dessa patienter för att de ska klara av livsstilsförändringar. Kanske är de i större behov av samtal och stöttning, då de inte har någon i den inre kretsen som uppmuntrar dem.

Professionellt stöd

Professionellt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal är mycket viktig efter hjärtinfarkt. I resultatet (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007; Condon och McCarthy, 2005; Kärner, et al., 2005) framkom det att stöd var viktigt då livsstilsförändringar gjordes. Sjuksköterskan var den person som flest anförtrorde sig åt, hon sågs som mycket stödjande och sympatisk. Patienten kommer inte i kontakt med läkare i lika stor utsträckning som med sjuksköterskan, det kan vara en av orsakerna till att det är lättare att anförtra sig åt sjuksköterskan. Att det professionella stödet är viktigt bekräftas av Svensk sjuksköterskeförening (2008) som skriver att omvårdnad är sjuksköterskans huvudområde och att målsättningen för omvårdnad är god hälsa för den enskilda individen. I det vardagliga mötet med patienterna har sjuksköterskan sin största potential. I resultatet framkom det att informanterna (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007; Condon och

McCarthy, 2005; Kärner, et al., 2005) möter sjuksköterskan i hennes/hans vardagliga arbete där hon har som störst potential vilket gör henne/honom till en oerhört viktig person i rehabiliteringsarbetet efter hjärtinfarkt. Svensk sjuksköterskeförening(2008) beskriver att som professionell vårdpersonal ska sjuksköterskan hjälpa patienter som är utsatta eller befinner sig i en svår situation. Informanterna i artiklarna behöver professionellt stöd, med hjälp av sjuksköterskan kan informanterna genomföra livsstilsförändringar samt få stöd i deras utsatta situation. För att uppnå en god relation där förändring är möjlig, krävs ett bra förhållningssätt och bemötande från sjuksköterskan. Sjuksköterskans arbete med att främja hälsa kan göras genom att tillvarata patientens egna resurser. Det är viktigt att tro på patientens egen förmåga samt respektera värderingar och tankar. I samspelet mellan patient och sjuksköterska skapas tillit, det är en förutsättning för förtroende dem emellan. Genom förtroende kan de båda tillsammans verka för bättre hälsa hos patienten. Jahren, Kristoffersen Nortvedt & Skaug, (2005) skriver att alla människor är unika och att hänsyn måste tas till patientens personlighet och livssituation i vård och omsorgsarbetet. Kommunikation och samarbete mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal är centrala aspekter i omvårdnadsarbetet vilket även bekräftas av informanterna i artiklarna (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007; Condon och McCarthy, 2005; Kärner, et al., 2005). Flertalet av informanterna menade det professionella stöd de fick var bra, det fanns dock de som beskrev avsaknaden av professionellt stöd (Kristofferzon, et al., 2007; McSweeney och Coon, 2004). Avsaknaden av information från fram för allt läkare fanns, flertalet informanter upplevde dem som stressade vilket gav dem en känsla av att inte bli tagna på allvar. Det är viktigt att alla i teamet runt patienten bidrar med stöd och uppmuntran oberoende profession. Om det professionella stödet mot förmodan inte upprätthålls av någon profession är det viktigt att problemet lyfts och kommer upp till ytan. Att drabbas av hjärtinfarkt är en traumatisk upplevelse och att få trygghet från all personal inom hälso- och sjukvården är en viktig del i tillfrisknandet. En av anledningarna till att informanterna upplevde en stressad och intensiv personal kan vara att hälso- och sjukvården har en budget som är oerhört pressade, vilket resulterar i nerdragning av personal och ökad arbetsbelastning för de anställda. Stress som eventuellt finns inom hälso- och sjukvården bör patienterna dock aldrig behöva ta del av då det kan påverka deras känsla av stöd och trygghet. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om sjuksköterskans stödjande roll. Att stödja, hjälpa samt motivera patienter som är i en förändringsfas är viktigt i det hälsofrämjande arbetet. Motiverande samtal är en liten del i utbildningen vilken skulle kunna utökas

Rehabiliteringsprogram

Resultatet visade att patienternas deltagande i ett rehabiliteringsprogram bidrog till att motivationen ökade (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007; Wingham, et al., 2006) vilket gjorde det lättare att genomföra livsstilsförändringar.

Det är därför viktigt att professionell personal försöker få patienten att vilja delta i en rehabiliteringsgrupp. Detta erbjuds patienten oftast vid utskrivning (Haugland, et al., 2002). Gruppen träffas någon eller några gånger i veckan för att tillsammans utföra fysisk aktivitet. Deltagarna går även på föreläsningar där kost och rökavvänjning tas upp. Detta bekräftades även av en sjuksköterska i rehabiliteringsteamet för hjärtpatienter på Varbergs sjukhus. Där erbjöds patienterna att ingå i en rehabiliteringsgrupp under 3 månader, gruppen träffades på sjukhuset två gånger per vecka. Vid båda tillfällena förekom fysisk aktivitet i form av bland annat

vattengymnastik. En gång i veckan hölls även en föreläsning, som bland annat kunde hållas av läkare, kurator, sjukgymnast eller dietist. En studie Wingham, et al., (2006) jämförde hembaserad rehabilitering med rehabilitering i grupp på sjukhus. Några informanter föredrog rehabilitering i grupp, då de tyckte om att vara tillsammans med personer som upplevt samma sak. De ansåg att de kunde utbyta erfarenheter och ge varandra stöd. Det framkom även att hembaserad rehabilitering var något flera av informanterna föredrog. Detta främst för att de inte tyckte om att delta i en grupp. Flera försök gjordes att hitta information om hembaserad rehabilitering i Sverige, detta utan framgång. Detta ansågs vara något alla patienter borde bli erbjudna, då fler kanske godtagit att delta i rehabilitering. Enligt Hjärt- lungfonden, (2008) deltar färre kvinnor än män i rehabiliteringsgrupper, oftast på grund av att kvinnor känner ett större ansvar för arbetet i hemmet. Hembaserad rehabilitering hade möjligen gjort att fler kvinnor kunnat delta. Kanske hade känslan av stress minskat om de hade erbjudits ett rehabiliteringsprogram som kunde utföras hemifrån.

Att fysisk aktivitet på recept [FaR] inte framkom i artiklarna var förvånande, då detta enligt folkhälsoinstitutet (2009) är en bidragande faktor till att lyckas med livsstilsförändringar. Folkhälsoinstitutet (2009) skriver att från och med år 2008 används FaR, av alla landsting i Sverige. Det innebär att patienten får ett recept utskrivet på att utföra fysisk aktivitet i grupp eller ensam. I de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen (2008) beskrivs också att fysisk träning efter hjärtinfarkt är av hög prioritet. Det är viktigt att rehabiliteringen och återhämtningen får ta den tid som krävs av patienten. Men tyvärr känner de oftast press från anhöriga (Hjärt- lungfonden, 2008), över att återhämtningen måste ske fort.

Självcentrerat perspektiv

Efter att ha drabbats av hjärtinfarkt förändrades synen på livet (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007), flertalet av informanterna prioriterade nu sig själva vilket de inte gjort tidigare. I och med hjärtinfarkten hade de kommit till insikt om hur de ville leva sitt liv. Människor är i dagens samhälle ofta stressade och en vilja att prestera så bra som möjligt inom alla områden finns. Det finns många områden att prestera på, bland annat att visa framfötterna på arbetsplatsen, vara en bra förälder, vara en människa med många sociala kontakter. När människor drabbas av hjärtinfarkt och på så sätt kommit relativt nära döden förändras tanke sättet hos merparten av människorna. De tänkte mer på sig själva, vad de vill ha ut av sitt liv och vad som var viktigt för just dem. I resultatet (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007; Hilding, 2006) framkom att informanterna nu fått en annan syn på livet, det var mer säkra på hur de ville spendera sin tid vilket gjorde att de tänkte mer på sig själva nu än tidigare. Då allvarlig sjukdom som kan leda till döden drabbar människor finns en stor tacksamhet över att ha överlevt. Tiden direkt efter insjuknandet kan ge patienterna inspiration. Genom att de överlevt har de fått en andra chans vilket kan bidra till positivt tänkande. En del informanter (Kristofferzon, et al., 2008; Kristofferzon, et al., 2007) beskrev det som om ett nytt liv hade startat, vilket resulterade i ett mer hälsosamt leverne, de såg nu sin chans att göra saker de tidigare missat eller inte gjort. Både män och kvinnor uppskattade sitt sociala liv med familjen och vännerna mer nu än tidigare. Enligt Hjärt- lungfonden (2008) är det viktigt att patienten tar den tid som krävs för återhämtning och slipper känna stress och press över att prestera. En del patienter känner sig stärkta när de träffar andra i samma situation, då kan olika typer av föreningar vara till stor hjälp, ett exempel är Hjärt- och lungsjukas riksförbund (2009). De arbetar för att hjärtsjuka och lungsjuka

personer ska kunna leva ett så bra liv som möjligt. Patientorganisationen har flera viktiga funktioner, en av dessa är som mötesplats för anhöriga och patienter. Erfarenhetsutbyte gör det ofta lättare att hitta nya livsstrategier efter insjuknandet vilket är bra inför framtiden.

Existentiellt perspektiv

Efter hjärtinfarkten kände flertalet av informanterna (Coyle, 2009; Condon & McCarthy, 2005) en stor tacksamhet över livet, de var glada över de människor som fanns omkring dem. Detta var något de inte reflekterat över innan de drabbats av hjärtinfarkt. Bland informanterna var överlevnaden en stor drivkraft till livsstilsförändringar, de upplevde att de fått en andra chans. Människans ursprungliga genetik kämpar för artens överlevnad, det blir då en naturlig del av människan och hennes beteende. Då informanterna överlevt hjärtinfarkt fanns glädje och lättnad, vilket medförde att förändrat beteende blev lättare att genomföra. En del informanter kände däremot en rädsla över att inte deras hjärta skulle orka, vilket begränsade dem i deras dagliga liv (Hildingh, et al., 2006). De var alltid på sin vakt för att känna efter hur mycket hjärtat orkade med. Detta missgynnade dem då fysisk aktivitet hjälper hjärtat att återhämta sig, vilket bekräftas av Ericson och Ericson (2002) som skriver att patienter som drabbats av hjärtinfarkt inte har någon nämnvärt sämre arbetsförmåga. Däremot upplevs oftast en obehagskänsla i bröstet, den obehagskänslan kan oftast motverkas genom fysisk aktivitet. Som sjuksköterska är det viktigt att förstå betydelsen av fysisk aktivitet i rehabiliteringen efter hjärtinfarkt, samt förmedla det till patienten. Som sjuksköterska SSF (2008) är det centralt att se människan som en helhet, med sociala, existentiella och kulturella behov. I resultatet (Coyle, 2009; Hildingh, et al., 2006; Condon & McCarthy, 2005) framkom att informanterna kände lycka över att ha överlevt. Frågor och tankar om döden kan väckas ofta till följd av hjärtinfarkt. Som sjuksköterska är det viktigt att möta dessa tankar och funderingar från patienten och dess anhöriga. I arbetet med patienter och deras existentiella frågor kan hjälp tas av andra professioner så som kuratorer och psykologer. Sjukhuskyrkan är ett annat alternativ där präster är ett stort stöd och kan hjälpa patienter med frågor som berör livet.

Miljö

En viktig livsstilsförändring efter hjärtinfarkt är fysisk aktivitet, detta ansågs lättare att utföra (McSweeney & Coon, 2004) om det fanns grönområde eller träningslokal i närheten av boendet. För de patienter som har svårt att ta sig till grönområde eller träningslokaler borde detta kunna lösas genom en träningsvideo som kan utövas i hemmet. Förändring av dieten ansågs även den svår att genomföra, då främst i samband med lunch på arbetsplatsen. Stressen tillät inte informanterna att äta sin lunch i lugn och ro, restaurangmaten inte var inte heller tillräckligt hälsosam. Att utföra fysisk aktivitet och ha sunda matvanor är viktiga delar i genomförandet av livsstilsförändringar. Folkhälsoinstitutet (2009) bekräftar det och skriver i folkhälsomål 10 att bra matvanor i kombination med fysisk aktivitet minskar risken för att drabbas av hjärt- och kärl sjukdomar. En förstående omgivning ansågs vara en underlättande faktor för att klara livsstilsförändringar. En miljöaspekt som kunde försvåra livsstilsförändringar (MacSweeney & Coon, 2004) var då informanterna försökte sluta röka men personer i deras omgivning inte tog hänsyn till det och fortsatte röka i deras närhet. Detta skulle kunna förhindras om även anhöriga erbjöds

professionell hjälp att sluta röka. Wingham, et al., (2006) fick fram i sin studie att saknad av bil eller långt avstånd till kollektiva förbindelser gjorde det väldigt svårt för informanterna att komma till sjukhus för uppföljning. Även för dessa patienter borde hembaserad rehabilitering underlätta, då detta kunde utföras hemifrån.

Konklusion

Efter genomgången hjärtinfarkt föreligger många omständigheter som kan påverka patienten i dess strävan mot livsstilsförändring. Litteraturstudien visar på sex faktorer som kan påverka patientens möjligheter till livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. Dessa är socialt stöd, professionellt stöd, rehabilitering, självcentrerat perspektiv, existentiellt perspektiv samt miljö. Ett socialt stöd ansågs av patienterna vara en stor bidragande faktor till att lyckas. Familj, vänner och arbetskamrater gav ofta ett positivt stöd, men kunde även ge informanterna skuld känslor och vara överbeskyddande. Ett professionellt stöd upplevdes som mycket viktigt i efterförloppet av hjärtinfarkten. Främst nämndes sjuksköterskan då hon ansågs vara mycket empatisk och stödjande. De flesta var nöjda med informationen och stödet de fick, men det framkom även att vissa informanter upplevde brist på professionellt stöd. Genom att delta i rehabiliteringsprogram ökade motivationen och därmed viljan att förändra livsstilen. Andra deltagare i rehabiliteringsprogrammet sågs som stort stöd, då erfarenhet kunde utbytas. Efter hjärtinfarkten blev informanterna mer självcentrerade och livet fick en ny mening. Den stress de tidigare känt kunde nu elimineras genom att be andra om hjälp. Det sociala livet med vänner och familj blev mer betydelsefullt än innan och arbetet fick en mindre betydande roll. Informanterna hade efter hjärtinfarkten mycket existentiella funderingar. Att ha överlevt hjärtinfarkten sågs som en stor bidragande faktor till att förändra sin livsstil, de var tacksamma över att ha fått en andra chans. Men även en oro över att drabbas igen fanns, detta kunde hindra dem i det dagliga livet. Miljön kring patienten sågs vara viktigt i förändringsarbetet, att ha tillgång till grönområde eller träningslokal i närheten underlättade. Genom den här litteraturstudien har kunskap erhållits om faktorer som underlättar respektive försvårar patientens livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. Kunskapen som framkommit i denna litteraturstudie är viktig i sjuksköterskans kliniska arbete, för att kunna bemöta patienten med respekt som främjar goda levnadsvanor och minskar risken för att drabbas av ytterligare hjärt och kärlsjukdom.

Implikation

Det finns mycket hälso- och sjukvården kan göra för att hjälpa patienten att lyckas med livsstilsförändring. Det är en stor utmaning för hälso- sjukvårdspersonal då det krävs både medvetenhet och kunskap. I omvårdnaden är det viktigt att se alla patienter som unika då hänsyn måste tas till den enskilde individen i arbetet med livsstilsförändringar. Att få kunskapen i motiverande samtal och livsstilsförändringar vore betydelsefullt i sjuksköterskeutbildningen, då det är många som drabbas av hjärtinfarkt. Intressant vore med studier som sträcker sig längre fram i tiden då möjlighet kan ses beträffande vad som påverkar den eventuella varaktigheten av livsstilsförändringar. Hembaserad rehabilitering är inget som används i stor utsträckning i Sverige. Det har genom utländska studier visat sig att denna typ av

rehabilitering når en större grupp patienter. Därför vore det intressant om denna form av rehabilitering infördes i den svenska hälso- och sjukvården.

Referenser

- *Boutin-Foster, C. (2005). Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. [Electronic version]. *Heart & Lung*. 34, 22-29. Hämtad 2009-04-14 från tidskriften Heart & Lung.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Hämtad 2009-04-09 från http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf
- *Condon, C., & McCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. [Electronic version]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37-44. Hämtad 2009-04-02 från databasen PubMed.
- *Coyle, M. K. (2009). Over Time Reflections After a Myocardial Infarction. [Electronic version]. *Holistic Nursing Practice*, 23(1), 49-56. Hämtad 2009-04-02 från databasen PubMed.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*.(s. 38-54). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Haugland, T., Hansen, I., & Areklett, E. (2002). Omvårdnad vid hjärtsjukdom. Ingår i Hallbjorg, Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad del 1* (s.410-445). Stockholm: Liber.
- *Hagan, N., Botti, M., & Watts, R. (2007). Financial, family and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. [Electronic version]. *Heart & Lung*. 36, 105-113. Hämtad 2009-04-02 från databasen PubMed.
- Henriksson, O., & Rasmusson, M. (2007). *Fysiologi med relevant anatomi*. (s. 133). Lund: Studentlitteratur.
- *Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process. *Rehabilitation Nursing*, 31, 63-68. Hämtad 2009-04-02 från databasen PubMed.
- Hjärt- och lungsjukas riksförbund. (2009). Hämtad 2009-05-15 från <http://www.hjart-lung.se/content.asp?nodeid=2>
- Hjärt- lungfonden. (2008) *Leva med hjärtinfarkt*. Hämtad 2009-04-22 från <http://www.hjart-lungfonden.se/sv/Sjukdomar/Sjukdomar/Hjartinfarkt/Leva-med-sjukdomen/>
- Jahren, Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E. (2005). *Grundläggande omvårdnad del1*. (s.13-26), (137-146). Stockholm: Liber.

- *Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope- experiences of Swedish women and men 4- 6 months after myocardial infarction. [Electronic version]. *Skandinavian Journal of Sciences*, 22, 367-375. Hämtad 2009-04-03 från databasen Cinahl.
- *Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 391-401. Hämtad 2009-04-02 från databasen PubMed.
- *Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005a). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. [Electronic version]. *Journal of Heart & Lung*, 34, 39-50. Hämtad 2009-04-09 från databasen Cinahl.
- *Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005b). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 113-124. Hämtad 2009-04-03 från databasen Chinal.
- *Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 261-275. Hämtad 2009-04-14 från tidskriften Journal of Advanced Nursing.
- Landstinget halland, Hjärt- och kärlsjukdomar. Hypertoni, Kranskärlssjukdom och Hjärtsvikt. (2006). Hämtad 2009-04-09 från <http://www.lthalland.se/upload/49623/hj%C3%A4rt%20o%20k%C3%A4rl%20slutkor%20OG%201a.pdf>
- Lockne, G. (2002). *Hjärt- Lungfonden kvinnor och hjärtsjukdom*. (s.5-7). Stockholm: Hjärt-Lungfonden.
- *McSweeney, J., & Coon, S. (2004). Research for practice Women´s Inhibitors and Facilitators Associated with Making Behavioral Canges After Myocardial Infarction. [Electronicversion]. *MEDSURG Nursing*, 13,49-56. Hämtad 2009-04-03 från databasen Cinahl.
- Norlén, P. Lindström, E. & Gagnemo Persson, R. (2004). *Basal farmakologi*.(s. 193). Lund:Studentlitteratur.
- Petersson, U., Östgren, C., Brudin, L., Ovhed, I., & Nilsson, P. (2008). Predictors of successful, self-reported lifestyle changes in a defined middle-aged population: The Söderåkra Cardiovascular Risk Factor Study, Sweden. [Electronic version]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 389-396. Hämtad 2009-04-09 från Cinahl.

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

- Sjukvårdsrådgivningen. (2008). *Hjärtinfarkt/Vad händer i kroppen*. Hämtad 2009-04-20 från <http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=27647&Preview=>
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Kranskärslssjukdom vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008*. Hämtad 2009-04-22 från http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/9EC85533-F22E-4BA4-9616-C5E20950B98B/10369/20081023_Rev_1.pdf
- Socialstyrelsen. (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008*, Hämtad 2009-04- 22 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/C30205DC-1B0C-4222-82BC-8470EDDD6D43/10029/20081028.pdf>
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Hämtad 2009-04-22 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2B5A6B25-2026-470C-A8BD-0E45AF95FAAA/13558/200912671.pdf>
- Socialstyrelsen. (2008). *Dödsorsaker 2006*. Hämtad 2009-04-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2008/Q3/press080728.htm>
- Statens folkhälsoinstitut.[FHI]. (2009). *Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut.[FHI]. (2008). *Fysisk aktivitet på recept*. Hämtad 2009-05-13 från: [http://www.fhi.se/PageFiles/3158/FYSS_08\(1\).pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3158/FYSS_08(1).pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård, handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. (s. 283-293, 297). Lund: Studentlitteratur.
- *Wingham, J., Dalal, H., Sweeney, K., & Evans, P. (2006). Listening to patients choice: in cardiac rehabilitation. [Electronic version]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 289-294. Hämtad 2009-04-06 från databasen PubMed.

Tabell 2. Artikelöversikt

Bilaga 1:1

| Publiceringsår, Land | Författare | Titel | Syfte | Metod urval | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|----------------------|-------------------------|--|---|---|---|-----------------------|
| USA, 2005 | Boutin-Foster, C | Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivation cardiac risk factor modification | Att utvärdera olika typer av socialt stöd som upplevts av patienter med kranskärlssjukdom som de mest hjälpfulla i förändrat hälsobeteende. | Kvalitativ studie 63 patienter. Fenomenologisk analys. | De typer av stöd som upplevdes som mest hjälpfulla i arbetet med livsstilsförändringar, var de som praktiskt hjälpte patienterna samt de som hjälpte dem att förhindra en stressande miljö. | II |
| Irland, 2005 | Condon, C., McCarthy, G | Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. | Att utforska patienters perspektiv gällande livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. | Kvalitativ studie. 10 patienter Deskriptiv fenomenologisk analys. | Svårt med många förändringar på samma gång och svårt att få professionell hjälp med livsstilsförändringar. Överbeskyddande socialt nätverk sågs som jobbigt. | I |
| USA, 2009 | Coyle, M, K | Over time Reflections After a Myocardial Infarction | Vad personerna tyckte var viktigt efter erfarenheten av en akut hjärtinfarkt och hur de utförde egenvården under tiden de var på sjukhuset, två veckor efter och 30 dagar efter hjärtinfarkten. | Kvalitativ studie. 62 patienter. | De kände stress från sitt arbete, de kände rädsla för döden och reflekterade mycket över detta, de fick förändra sitt egenvårds beteende, och de kände sig tacksamma över att de hade överlevt. | III |

Bilaga 1:2

| Publikationsår, Land | Författare | Titel | Syfte | Metod, urval | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Australien, 2007 | Hagan, N, A., & Botti, M, A., & Watts, R, J., | Financial, family and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance | Att identifiera och förklara faktorer som influerar personers val till att delta i rehabiliteringsprogram. | Kvalitativ studie. 10 patienter En deskriptiv studie. | Det som upplevdes relevant i rehabiliteringen runt omkring patienten var ekonomi, familj samt den sociala situationen. | II |
| Sverige, 2006 | Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. | Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process. | Beskrivning av patienters erfarenheter gällande återhämtningsprocess en efter hjärtinfarkt. | Kvalitativ studie 16 patienter. Fenomenologisk analys. | Genom självhjälp och hjälp från omgivningen underlättades återhämtningsprocessen. Patienterna hittade nya motivationsfaktorer till förändring samt balans mellan sig själv och andra. | II |
| Sverige, 2005 | Kristofferzon, M-L., Löfmark, R & Carlsson, M | Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. | Att beskriva könsskillnader i coping, socialt stöd och livskvalitet 1, 4 och 12 månader efter hjärtinfarkt. | Kvantitativ studie. 171 patienter. | Inga skillnader i coping strategier vad gäller män och kvinnor. Kvinnor fick mer hjälp av barnbarn. | I |
| Sverige, 2005 | Kristofferzon, M-L., Löfmark, R & Carlsson, M | Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men | Jämföra coping,, socialt stöd och livskvalitet hos svenska män och kvinnor en månad efter en hjärtinfarkt. | Kvalitativ studie 171 patienter | Kvinnor använde mer kringgående och stöttande strategier och värderade psykologiska aspekter som mer problematiska än män. | I |

Bilaga 1:3

| Publikationsår, Land | Författare | Titel | Syfte | Metod, urval | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|----------------------|---|--|---|---------------------------------|--|-----------------------|
| Sverige, 2007 | Kristofferzon, M-L & Löfmark, R & Carlsson, M | Striving for Balance in Daily Life: Experiences of Swedish Women and Men Shortly After a Myocardial Infarction. | Beskriva upplevelser i vardagslivet hos kvinnor och män samt deras förväntningar om framtiden. | Kvalitativ studie 39 patienter. | Tre teman framkom, dessa var oro i det dagliga livet, kämpa för att behålla kontrollen samt det tvetydiga nätverket. | I |
| Sverige, 2008 | Kristofferzon, M-L & Löfmark, R & Carlsson, M | Managing consequences and finding hope-experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction | Beskriva kvinnors och mäns upplevelser om vardagliga livet under de första 4 till 6 månader efter hjärtinfarkt. | Kvalitativ studie 40 patienter. | Två teman kom fram, dessa var att försöka klara av konsekvenserna efter en hjärtinfarkt samt hitta meningen med det som hänt. Deltagarna tog hand om sina problem genom att förhandla med sig själva, lita på sin egen kompetens, förändra attityder och beteenden. Det sociala nätverket var oftast stödjande, men ibland upplevde deltagarna kommunikationsproblem | I |

Bilaga 1:4

| Publikationsår, Land | Författare | Titel | Syfte | Metod, urval | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|----------------------|--|---|---|--|---|-----------------------|
| Sverige, 2005 | Kärner, A., P, Tingström., M, Abrandt-Dahlgren & B, Bergdahl | Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease | Undersöka vad patienter i rehabiliteringsfasen efter kranskärlssjukdom upplever som underlättande | Kvalitativ studie. 113 patienter Fenomenografisk analys. | Studien visar att stöd från det sociala nätverket främjar förmågan att utföra livsstilsförändringar. Även professionellt stöd påverkar patienten positivt. Stress sågs som ett hinder för att klara av livsstilsförändringar. | I |
| USA, 2004 | McSweene, J & Coon, S | Research for Practice Women's Inhibitors and Facilitators Associated With Making Behavioral Changes After Myocardial Infarction | Var att identifiera vilka hinder respektive möjligheter kvinnor möter när de försöker förändra sina levnadsvanor. | Kvalitativ studie. 40 patienter. | Sjuksköterskan har en unik roll och är viktig om kvinnorna ska delta i rehabiliteringen. Sjuksköterskan hjälper kvinnorna att bedöma sina individuella hinder samt möjligheter, sjuksköterskan kan utforma strategier för de ska övervinna de hinder som finns. | II |
| England, 2006 | Wingham, J., Dalal, H.T., Sweeney, K.G., Evans, P.H. | Listening to patients: Choise in cardiac rehabilitation. | Att undersöka patienters erfarenheter efter hjärtinfarkt och ta reda på varför en del föredrar rehabilitering på sjukhus och en del hem baserad rehabilitering. | Kvalitativ studie. 17 patienter Fenomenologisk analys. | De patienter som valde sjukhus rehabilitering ansåg att de hade dålig självdisciplin och ville arbeta i grupp. De som föredrog hemmabaserad rehabilitering ansåg att de hade disciplin och uppskattade inte gruppaktiviteter. | I |

