

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:31

”It’s not properly explained”
- Hjärtinfarktsdrabbade patienters upplevelser av information

Markus Boberg

Markus Karlsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: It's not properly explained - Hjärtinfarktsdrabbade patienters upplevelser av information.

Författare: Markus Boberg och Markus Karlsson

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK 01

Handledare: Lise-Lott Berg

Examinator: Berit Lindahl

Sammanfattning

Hjärtinfarkt är en av de vanligaste diagnoserna och varje år insjuknar cirka 40000 personer i Sverige. En hjärtinfarkt innebär en stor förändring i livet och patienten måste ibland lära sig att leva "ett nytt liv". Det är sjuksköterskan som har till uppgift att ge dessa patienter den information de behöver för att känna sig någorlunda trygga och ge dem en chans att bemöta de förändringar som uppstått. Forskning visar att det finns brister vid informationsgivning. Denna, enligt Forsberg och Wengström (2008), systematiska litteraturstudie syftar till att beskriva patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av information given av sjuksköterskan relaterad till sin sjukdom. Artiklar söktes i databaserna Cinahl, Medline, PubMed och Scopus. Artiklarna är analyserade enligt Evans (2003) modell. Resultatet består av två huvudteman och fem subteman. Det första huvudtemat är "Upplevelser av informationens hur och när" som innehåller subteman "Informationens baksida", "Ej individanpassad information" samt "Tillfällets betydelse". Det andra huvudtemat är "Att uppleva framtidstro" med subteman "Information inger hopp" och "Information inger trygghet". I diskussionen diskuteras båda huvudtemana med hjälp av bakgrunden i studien samt ny forskning, dock läggs mest vikt vid huvudtemat: "Upplevelser av informationens hur och när".

Nyckelord: Hjärtinfarkt, upplevelser, information, patient.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| <i>INLEDNING</i> | <i>1</i> |
| <i>BAKGRUND</i> | <i>1</i> |
| Hjärtinfarkt | 1 |
| Sjuksköterskans pedagogiska funktion | 1 |
| Information | 2 |
| Livsvärld | 2 |
| Vårdrelation och makt | 2 |
| Lidande och hopp | 3 |
| <i>PROBLEMFÖRMULERING</i> | <i>4</i> |
| <i>SYFTE</i> | <i>4</i> |
| <i>METOD</i> | <i>4</i> |
| Datainsamling | 5 |
| Analys | 5 |
| <i>RESULTAT</i> | <i>6</i> |
| Upplevelser av informationens hur och när | 6 |
| Informationens baksida | 6 |
| Ej individanpassad information | 7 |
| Tillfällets betydelse | 8 |
| Att uppleva framtidstro | 8 |
| Information inger hopp | 9 |
| Information inger trygghet | 9 |
| <i>DISKUSSION</i> | <i>9</i> |
| I detta avsnitt diskuterar författarna metodens svagheter och styrkor och det aktuella resultatets teman och subteman som identifierats och beskrivits. | 9 |
| Metoddiskussion | 9 |
| Resultatdiskussion | 10 |
| Praktiska implikationer | 12 |
| <i>Framtida forskning</i> | <i>12</i> |
| <i>REFERENSER</i> | <i>13</i> |
| <i>BILAGA 1: Sökhistorik</i> | |
| <i>BILAGA 2: Granskningsprotokoll</i> | |
| <i>BILAGA 3: Översikt över analyserade artiklar</i> | |

INLEDNING

Under utbildningen till sjuksköterska har vårt intresse väckts för patienter med hjärtsjukdomar. Under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) uppmärksammades brister vad gäller informationsgivning på vårdavdelningen. Vi upplevde informationsgivningen som medicinskt inriktad, standardiserad och delvis opedagogisk. Därför blev vi intresserade av hur patienter upplever den information de får av sjuksköterskor i samband med sin sjukdom. Genom att göra en kvalitativ systematisk litteraturstudie hoppas vi finna kunskap om dessa patienters upplevelser av informationen de tar emot, vilket kan vara av betydelse för omvårdnadens kvalitet.

BAKGRUND

Oterhals, Hanestad, Eide och Hanssen (2006) fann svårigheter med att möta patienters behov av information när de studerade sambandet mellan mottagen information och patienters tillfredsställelse med sjukvården. Smith och Liles (2007) framhåller sjuksköterskans svårigheter att bedöma patienters mottaglighet för information i sjukdomens olika faser. Wingham, Dalal, Sweeney och Evans (2006) visar på att hjärtinfarktsdrabbade patienter kan känna sig obekväma och begränsade då de inte får deras informationsbehov tillfredsställt.

I bakgrunden beskrivs kort om hjärtinfarkt och dess behandling. Därefter följer en beskrivning av sjuksköterskans pedagogiska funktion. Begreppen livsvärld, vårdrelation och makt, lidande och hopp beskrivs.

Hjärtinfarkt

Varje år drabbas omkring 40 000 personer av hjärtinfarkt och dessa är således en av de vanligaste patientgrupperna inom sjukvården (Socialstyrelsen, 2009). Enligt Johansson och Grefberg (2007) är hjärtinfarkt ett sjukdomstillstånd som plötslig uppstår på grund av syrebrist i hjärtat. Det beror oftast på en trombos som täppt till ett kranskärl. Detta leder till att muskelceller i hjärtat dör och det uppstår en irreversibel skada, det vill säga att den vävnadsskada som uppstår är bestående. Johansson och Grefberg (2007) skriver vidare om vikten av snabb behandling efter insjuknandet då muskelskadan i hjärtat blir mer omfattande ju längre tid det tar tills de behandlingar som finns att tillgå sätts in. Hjärtinfarkt behandlas antingen kirurgiskt och medicinskt eller endast medicinskt. Efter det akuta sjukdomsförloppet fokuseras omvårdnaden på sekundärprevention, vilket innebär förändringar av levnadsvanor vilka bland annat utgörs av rökstopp, ökad fysisk aktivitet, kost ändringar och blodtryckskontroll (a.a.).

Sjuksköterskans pedagogiska funktion

Friberg (2005) hävdar att patientundervisning är en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter. Enligt Pilhammar Andersson (2003) har sjuksköterskan uppgiften att informera patienter om rekommendationer till livsstilsförändringar. Syftet är att bibehålla och förbättra hälsa genom en förändrad livsstil. Pilhammar Andersson (2003) beskriver följande tre sätt att förmedla kunskap; rådgivning, undervisning och information. Rådgivning innebär en undervisningssituation där patienten ges möjlighet

att reflektera över och värdera kunskap i samspel med sjuksköterskan. Undervisning skiljer sig till rådgivning på det sätt att det är en planerad handling med ett bestämt innehåll som patienten förväntas tillgodogöra sig. Undervisning innebär också att sjuksköterskan har en planerad metod för hur undervisningen skall framföras (a.a.).

Sjuksköterskan skall enligt Socialstyrelsen (2005) kunna undervisa och ge information med hänsyn till tidpunkt, innehåll och form till patienter och närstående, både individuellt och i grupp. Det är även viktigt att sjuksköterskan försäkras om att patienten och/eller närstående förstår den information som delges (a.a.).

Information

Pilhammar Andersson (2003) beskriver information som en text eller meddelande som skall passa alla sorters personer, ges från en aktiv person till en annan passiv. Informationen kan då beröra hur patienter som drabbats av en hjärtinfarkt bör leva för att det skall gynna deras återhämtning så positivt som möjligt (a.a.).

”Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.” (Svensk författningssamling, 2009, 2 b §). Friberg (2005) anser att en hjärtinfarkt innebär en stor förändring i livet och patienten måste ibland lära sig att leva ”ett nytt liv”. Det är sjuksköterskan som har till uppgift att ge dessa patienter den information som de behöver för att känna sig någorlunda trygga och ge dem en chans att bemöta de förändringar som uppstått (a.a.).

Livsvärld

Livsvärld är enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) den värld varje enskild människa erfar och upplever. Dahlberg, et al. (2003) framhäver problemet med den medicinska kunskapen utifrån ett livsvärldsperspektiv, då den medicinska kunskapen uttrycks objektivt men erfars som en påverkan på livs-, hälso-, och/eller vårdssituationen för patienten. Följsamhet och öppenhet för patienten krävs vid ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv. Pilhammar Andersson (2003) hävdar att patienten måste ses utifrån hennes vardagsvärld när det gäller patientundervisning och därmed hennes livsvärld där hon lever och verkar i. Dahlberg, et al. (2003) skriver att en människas mening och innehåll i livet samt sökandet efter dessa sker i dess livsvärld.

Vårdrelation och makt

Wiklund (2003) beskriver det utrymme där vårdandet sker, mot gemensamma målsättningar mellan patient och vårdare, som vårdrelationen. I vårdrelationen bör sjuksköterskan skapa tillit och stödja patienten att växa och utvecklas på patientens egna villkor. Det är viktigt att sjuksköterskan inte tränger sig på och tvingar sig till en relation med patienten, utan istället erbjuder en relation. Denna inbjudan till en relation kan ske direkt vid patientens ankomst genom att sjuksköterskan gör att patienten känner sig välkommen. Vikten av att sjuksköterskan skapar en bra vårdrelation är betydande då det är i detta utrymme patienten uttrycker sina problem, behov och begär. Wiklund (2003) beskriver vårdrelationen som asymmetrisk det vill säga genom att

sjuksköterskan har kunskap i och med sitt yrke har hon därmed makt i vårdrelationen. Det är sjuksköterskans ansvar att reflektera kring den makt som yrket medför. Pilhammar Andersson (2003) framhåller synlig och osynlig makt i undervisningssituationen. Där den synliga makten är de konkreta konflikter som påverkar patienten, avsiktlig eller oavsiktlig. Den osynliga makten utgörs av bagatellisering och nedtystanden i undervisningssituationen. Pilhammar Andersson (2003) beskriver problemet med att sjuksköterskan ställer ledande frågor som ofta besvaras som förväntas vilket innebär att sjuksköterskan inte samlar kunskap om patientens verkliga problem. Då den fortsatta vården grundas i dessa svar behandlas inte patientens verkliga problem. Det finns en skillnad mellan äldre och yngres auktoritetströ där äldre inte ifrågasätter i lika stor utsträckning som yngre. Även Björvell och Insulander (2008) framhäver att yngre patientgrupper ställer krav på medbestämmande i vården. Pilhammar Andersson (2003) hävdar att detta kan förklaras av att yngre oftast är högre utbildade och vet om sina rättigheter och kan därigenom ta tillvara på sin makt som patient. Rättigheterna patienten har innefattar bland annat; behandlingsformer, rehabilitering och vårdgivare. Björvell och Insulander (2008) framhåller vikten av "patient empowerment" vilket innebär att patientens status tydliggörs och att både vårdare och patient ses som experter. Vårdaren är expert på sjukdomen utifrån ett medicinskt- och omvårdnadsperspektiv medan patienten är expert på sitt egna liv och att leva med sjukdomen. Patient empowerment syftar till att ge patienten "råg i ryggen" i mötet med vården. Patienten blir en i teamet då vårdpersonalen beaktar patientens upplevelser och kunskaper om sin sjukdom i och kring vårdandet av patienten. Wiklund (2003) skriver att makt kan användas för att stärka patientens maktposition. Om patienten får mer makt kan denna användas för att patienten skall ta tillvara sina egna resurser och växa. Sjuksköterskan kan i vårdrelationen missbruka sin makt genom att använda den manipulerande, överbeskyddande och styrande. Patienten kan därmed eventuellt uppleva ett vårdlidande på grund av bristen på respekt han/hon upplever. Wiklund (2003) beskriver vidare att den med störst makt i vårdrelationen har ett större ansvar i att den verkar positivt för patientens bästa. En bra vårdrelation bygger på ömsesidighet, respekt och tillit i en strävan att behålla patientens värdighet.

Lidande och hopp

Eriksson (1994) framhåller lidande, som sedan 1940-talet och bakåt inneburit en plåga, en vanda, ett kval och en smärta. Efter 1940-talet har man dock sett att lidande börjat försvinna och ersatts med ord som smärta, sjukdom och ångest. Under senare tid har begreppet kommit tillbaka men lidande beskrivs nu mer som sjukdom och smärta. Lidande ses som synonym med sjukdom, men smärta kan ej ses som en synonym till lidande då det kan förekomma smärta utan att ett lidande finns samt att man kan uppleva lidande utan smärta. Lidande har en negativ och en positiv dimension där den positiva utgörs av lusten och är lidandets motsats. Eriksson (1994) beskriver tre olika sorters lidande, dessa är vårdlidande, sjukdomslidande samt livslidande. I följande avsnitt tas endast vårdlidande och sjukdomslidande upp då dessa former av lidande bedöms som mest relevanta för denna studie (a.a.).

Eriksson (1994) hävdar att vårdlidandet kan gestaltas på flera olika sätt; då patientens värdighet kränks, patienten fördöms och straffas av vårdpersonal, maktutövning från vårdpersonalen och utebliven vård. Då patienten fräntas möjligheten att vara människa

kränks hennes värdighet och detta är således det vanligaste vårdlidandet. Detta kan ske genom att inte se patienten utan uppträda nonchalant. Nonchalansen kan ses som ett straff mot patienten och ett vårdlidande kan uppstå då patienten kan uppleva en djup förnedring. Maktutövning är en handling som skapar ett vårdlidande för patienten. Vårdpersonal håller gärna fast vid gamla rutiner och lyssnar inte på patientens önskemål, detta kan uttrycka sig då vårdpersonalen inte låter patienten vara patient utan istället tvingar henne till handlingar mot hennes vilja. Vårdpersonalens bristande bedömningsförmåga av patienters behov kan leda till en maktutövning i form av utebliven vård vilket alltid innebär en kränkning av människans värdighet (a.a.).

Lazare skriver enligt Eriksson (1994) att en sjukdom och/eller behandling kan utsätta patienten för skam, skuld och förnedring inom vården. Denna aspekt av sjukdomslidandet utgörs enligt Eriksson (1994) av ett själsligt och andligt lidande. Vidare skriver Eriksson (1994) om sjukdomslidandet som kroppsligt lidande, vilket innebär den del av människan som uppfattar de fysiska intryck som hon utsätts för till exempel smärta i samband med sin sjukdom. Om patienten inte klarar av att medverka i behandlingen kan hon uppleva sig misslyckad som patient och känslan av skam och förnedring kan uppstå. Eriksson (1994) kopplar även skam och förnedring till information inom sjukvården då patienten själv behöver söka information.

Eriksson (1989) skriver utifrån Aristoteles om hoppet som alltid innebär en önskan, en förändring i rörelse mot en önskad riktning i jämförelse med vart hon befinner sig i just nu. Hoppet har en stark förankring i nuet med en inriktning på framtiden, denna inriktning innebär en förväntan att något kan förändras. Det är genom hoppet människan får tröst och styrka i nuet (a.a.).

PROBLEMFÖRMULERING

Under verksamhetsförlagd utbildning uppmärksammades brister då vi upplevde informationsgivningen som medicinskt inriktad, standardiserad och delvis opedagogisk. Forskning framhäver att bristande informationsgivning leder till att patienter upplever sig begränsade och obekväma. Brister i samband med informationsgivning kan innebära ett vårdlidande och leda till att patienterna upplever ett ökat sjukdomslidande. Genom ökad kunskap om hur patienter upplever den information de får av sjuksköterskor kan sjuksköterskor utveckla ett sätt att förmedla information för patientens bästa som resulterar i ett lindrat lidande.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av den information som ges av sjuksköterskor i samband med sin sjukdom.

METOD

En kvalitativ ansats innebär att fokus ligger på att skapa mening och tolka människors upplevelser av den värld de lever i (Forsberg & Wengström, 2008). Metoden systematisk litteraturstudie valdes för att samla aktuell forskning om patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av den information de mottar. En systematisk

litteraturstudie innebär enligt Forsberg och Wengström (2008) att en tydlig frågeställning besvaras med hjälp av relevanta artiklar av god kvalitet. Artikelsökningen skall vara beskriven samt att urvalet av artiklarna grundas i tydliga kriterier. En analys används sedan för att sammanställa ett resultat (a.a.).

Inklusionkriterier utformades för att endast den mest relevanta forskningen skulle speglas i studien. Dessa var att ingen artikel fick vara mer än 10 år gammal, de skulle beröra patienter som erfarit hjärtinfarkt, de skulle ha ett patient perspektiv, designen skulle vara kvalitativ och endast original artiklar.

Datainsamling

Vi använde oss av databaserna: Cinahl, Medline, PubMed och Scopus via Högskolan i Borås. Sökorden vi använt är: "myocardial infarction", "information needs", "ami", "inpatients", "information", "quality of life", "after care", "patient", "qualitative", "patient education", "experience" och "need". Peer Reviewed markerades för att öka chansen att hitta vetenskapliga artiklar. Alla sökorden användes först var för sig för att kontrollera antalet träffar i databaserna. Utifrån antalet träffar på varje sökord begränsades sedan sökningen genom att kombinera relevanta sökord för att antalet träffar skulle minska till en mer lätthanterlig mängd. Sökningar skedde först i databaserna Cinahl och Medline då dessa delvis inriktas på omvårdnad. Då det var svårt att finna tillräckligt med artiklar i dessa databaser användes även PubMed och Scopus, trots att de inte fokuserar på omvårdnad i samma utsträckning (Bilaga 1). Åtta artiklar som motsvarade våra inklusionskriterier sparades för vidare granskning. Fem artiklar som valdes ut för granskning hittades i Cinahl, medan två artiklar hittades i Medline och en artikel i PubMed. De åtta artiklarna granskades enskilt utifrån C. Wallengren (personlig kommunikation, 26 januari, 2010), (Bilaga 2). Granskningsresultaten jämfördes, de olikheter som framkom diskuterades. Endast artiklar som värderades till medel eller hög kvalitet togs med i denna studie. Alla åtta artiklar värderades till medel eller hög kvalitet. En av de åtta artiklarna valdes dock bort efter analysen, då den inte tydligt nog beskrev patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av information given av sjuksköterskan i samband med sin sjukdom. Valda artiklar sammanfattades och presenteras i en lättöverskådlig tabell (Bilaga 3).

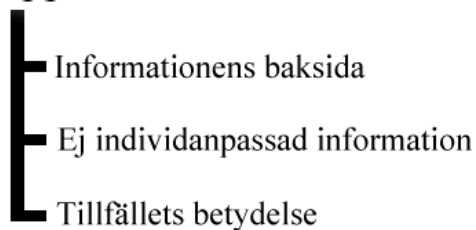
Analys

Analysen av de utvalda artiklarna gjordes utifrån Evans (2003) analysmodell. Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger av författarna enskilt för att få en helhetsbild av innehållet. Efterhand togs meningsenheter och citat ut. Dessa benämns som nyckelfynd och skrevs ut på pappersark och klipptes ut. Därefter granskade båda författarna varandras uttagna nyckelfynd för att båda författarna skulle vara överens om att dessa stämde överens med syftet för studien. Av de nyckelfynd det fanns dubletter av togs ena nyckelfyndet bort. De slutliga nyckelfynden lästes av båda författarna tillsammans och ord sattes på den upplevelse varje nyckelfynd framförde. Dessa upplevelser användes sedan för att bilda teman (Evans, 2003). Dessa teman utgör de fem subteman i resultatet. Samband mellan dessa subteman sågs och två huvudteman bildades. Beskrivningar av teman stärks med utvalda citat för att visa hur upplevelser beskrivs av patienter.

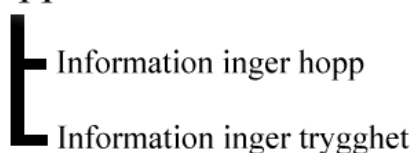
RESULTAT

Vår analys resulterade i två huvudteman och fem subteman som beskriver patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av information given av sjuksköterskan relaterad till sin sjukdom (Figur 1).

Upplevelser av informationens hur och när



Uppleva framtidstro



Figur 1

Upplevelser av informationens hur och när

I detta huvudtema framkommer problematiken med när och hur information ges till patienter med hjärtinfarktsdiagnos. ”Hur” beskriver i detta avseende en negativ aspekt av informationsgivning. ”När” speglar tillfällets betydelse av mottagande av information. De tre subteman beskriver patienters olika upplevelser i samband med mottagandet av information efter insjuknandet i hjärtinfarkt.

Informationens baksida

Roebuck, Furze och Thompson (2001) visar att patienter upplever att sjukvårdspersonal ställer krav på dem i samband med informationsgivning vilket gör att några patienter upplever en rädsla, ångest och oro över att inte klara av dessa upplevda krav. Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005) skriver i sin artikel att den oro och ångest patienter upplever kan bero på den ökade kunskap de får av informationen de tar emot av sjuksköterskan.

You should not read so much that it makes you frightened. By this, I mean that focusing too much on the disease can make your life much worse than it needs to be (Hanssen et al. 2005, s.40).

(P) Really, there isn't a reason for why my cholesterol should have been that high.

(I) How high?

(P) 9.8, no 9.6, so there wasn't as far as my diet was concerned. It shouldn't have been that high. I said this to the doctor. I said 'you must think I'm lying, you know, when I tell you my diet is good' and he said 'when it's that high, it's hereditary'. I've been trying to backtrack it along the family branch to find it. If it doesn't come down on tablets then it means I'm going to have another one doesn't it, and I may not be so lucky this time (Roebuck et al. 2001, s.792).

Patienter förlorar tilliten till sjukvården då de upplever informationen felaktig när deras sjukdomsförlopp inte svarar an mot den information de tagit emot av sjukvårdspersonalen. Patienter får ibland motta delade meningar från sjukvårdspersonal inom samma frågeområde, vilket leder till både minskad tillit till den givna informationen samt bristande motivation till livsstilsförändringar (Decker, Garavalia, Chen, Buchanan, Nugent, Shipman & Spertus, 2007; Wiles & Kinmonth, 2001).

(P) I'd given up smoking. I've started again because I had nothing to do for 6 weeks until I went back to work. The nurses at the hospital tell me unless I give up I will have another heart attack and this one may kill me. I went to my GP for patches [nicotine replacement] and he said that at the moment he thought the stress of giving up would be more dangerous to me than continuing to smoke. I want to stop but it's really hard (Roebuck et al. 2001, s.792).

Ej individanpassad information

Det framkom att den information som patienterna tar emot inte stämmer överrens med vad de senare har behov av att veta (Decker et al. 2007; Roebuck et al. 2001). Detta kan bero på att många patienter upplever informationen för generell och opersonlig. De hade således svårt att ta till sig informationen och känner sig behandlade som en i mängden. Vissa patienter upplever även att de har behov av att få information om fler områden då sjukvårdspersonal ibland endast fokuserar informationen på endast en aspekt av patientens liv, till exempel på rökning (Hanssen et al. 2005; Murie, Ross, Lough & Rich, 2006).

The information was all right, although it was of a general nature. I guess it has to be like this since it is supposed to suit all [patients] (Hanssen et al. 2005 s.39).

Decker, et al. (2007) och Muries, et al. (2006) studier visade på att patienter har svårt att applicera viss information till sina liv och blir tvingade att hela tiden försöka gissa sig till vad de får och kan göra då informationen sällan tar upp specifika mål och riktlinjer. Problemet belyses även av Hanssen, et al. (2005) vilka visar att patienter upplever att

informationen inte var anpassad efter deras behov, de hade svårt att dra nytta av informationen utifrån de problem de ställs inför efter utskrivningen.

I saw the nurse practitioner. She said, 'Well, we don't like to put a number on this business, so just don't lift anything that's a strain to you.' Well, that's a heck of a difference between twenty pounds and a strain. I mean, I weigh 215 pounds and I worked in construction all my life, and a strain to me is a sack of cement - not a twenty pound bucket of water (Decker et al. 2007, s.462).

I Murie, et al. (2006) och Wiles och Kinmonth (2001) artiklar beskrivs hur patienterna upplever att informationen var otillräckligt framförd vilket därmed ledde till misstolkningar och orättvisa förhållanden till beslutstaganden i samband med sin sjukdom. Decker, et al. (2007) visar på att viss sjukvårdspersonal inte lyssnar på patientens problem utan delger endast den information de anser själva är relevant vilket leder till att patienten upplever sig få otillräcklig information.

I had a heart attack and the [general practitioner] GP asked if I wanted to be treated at home or put into hospital. Is that what they mean by choice? I obviously made the wrong choice. I said I would be treated at home. Had I gone into hospital, things would have been done quicker. Like my exercise test it took six weeks (Murie et al. 2006, s.80).

Tillfällets betydelse

Patienter upplever många gånger att de får för mycket informationen vid ett och samma tillfälle och/eller för tidigt i sjukdomsförloppet från sjukvårdspersonalen (Hanssen et al. 2005; Murie et al. 2006). Murie, et al. (2006) fann att patienter upplever oro då de får långsiktig information i ett tidigt skede under sjukdomsförloppet. Denna långsiktiga information upplevs inte relevant så tidigt i sjukdomsförloppet då patienten inte kommit över den akuta fasen. Agård, et al. (2001) visar att patienter upplever det svårt att förstå och ta till sig information både skriftligt och muntligt då de är påverkade på grund av sjukdomen eller medicinering.

I did not catch what he said. I signed without understanding anything (Agård et al. 2001, s.633).

I tried to read the information but I didn't get it (Agård et al. 2001, s.634).

Att uppleva framtidstro

Detta huvudtema visar de positiva upplevelser patienter får av information i samband med sin sjukdom. De två subteman visar på hur information inger hopp och trygghet för patienterna då de till exempel haft en annan förförståelse om sjukdomen än hur det verkligen är. Den nya kunskapen de får utav information inger hopp om att det finns en

framtid, samt att informationen de får hjälper dem att göra den framtiden så trygg som möjligt.

Information inger hopp

Wiles och Kinmonth (2001) fann att patienter upplever att information om rehabilitering inger hopp om framtiden då många patienter tidigare trott att man antingen dör eller får permanenta men efter insjuknandet. Uppfattningen som ingav hopp var att så länge de höll sig till rekommendationerna de tog emot skulle de bli återställda.

It says five to eight weeks in the book and I should be able to lead a normal life. As long as you do what they tell you to do that should be right (Wiles & Kinmonth, 2001, s.164).

Information inger trygghet

Decker, et al. (2007) beskriver hur patienter upplever att information om hjärtinfarkt inger trygghet hos dem, de vågar göra saker de annars hade varit rädda för att göra utan denna information. Condon och McCarthy (2006) framhåller vidare att information är en av de saker patienterna behöver för att uppleva trygghet. En annan sak vilken spelar stor roll för upplevelsen av trygghet hos patienter är känslan av att sjukvården har tid till informationsgivning (Hanssen et al. 2005).

I am happy with the support and I asked a lot of questions while I was in hospital and got the literature and feel happy enough and educated enough. . . I feel I could ring up the hospital if I needed to know anything (Condon & McCarthy, 2006, s.41).

DISKUSSION

I detta avsnitt diskuterar författarna metodens svagheter och styrkor och det aktuella resultatets teman och subteman som identifierats och beskrivits.

Metoddiskussion

Vår inledande litteratursökning visade goda möjligheter att utföra en litteraturstudie om vårt problemområde. Vid närmare undersökning märkte vi att de allra flesta artiklar om ämnet information var av kvantitativ karaktär och syftade till att beskriva patienters behov av information. De sju kvalitativa artiklar vi använt i vårt resultat inriktade sig delvis på att beskriva patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av information given av sjuksköterskan relaterad till sin sjukdom. Det var därför svårt att finna material att arbeta utifrån. Vi fann inga artiklar som helt och hållet syftade till att beskriva patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av information given av sjuksköterskan i samband med sin sjukdom. Ett sätt att skaffa fördjupad förståelse för ämnet skulle vara genom att utföra en empirisk studie, i form av intervjuer, med syftet: att beskriva patienters, med diagnostiserad hjärtinfarkt, upplevelser av information given av sjuksköterskan i samband med sin sjukdom.

Vi är medvetna om att artiklarna i vår studie utgörs av är begränsade i urval vad gäller etnicitet och kön. Etniciteten kan ha begränsats av artiklarnas inklusionskriterier vilka för vissa artiklar var att intervjupersonerna i de utvalda studierna skulle kunna tala det aktuella landets officiella språk flytande. Avseende kön är majoriteten män i våra utvalda och analyserade studier. Decker, et al. (2007) samt Wiles och Kinmonth (2001) artiklar byggde på ett stratifierat urval för att få en jämn fördelning mellan män och kvinnor. Deckers, et al. (2007) artikel utgjordes dock av en majoritet av män. En styrka i vår studie är att artiklarna som vårt resultat utgörs av inte endast begränsas till svenska eller nordiska studier utan sträcker sig över sex olika länder vilka innefattar bland annat USA och England.

Vi anser att det både kan innebära en styrka men också en svaghet att vara fler än en författare till en studie. Under gransknings- och analysarbetet anser vi att det varit en styrka att vara två författare. Då skillnader och likheter uppkommit har vi kunnat diskutera och enats i ett gemensamt beslut. Vi anser vidare att det varit en styrka att studien är utförd av två författare då vi inte haft några svårigheter att kompromissa. Vi anser att det kan föreligga en risk att vara fler än en författare då det medför fler åsikter vilket kan leda till konflikter. Dessa åsikter medför att författarna måste kompromissa vilket kan leda till en svaghet i studien ifall kompromissen inte speglar samtliga författares åsikter.

Vi valde att formulera vår titel delvis på engelska. Denna del av titeln utgörs av ett citat som vi anser speglar innebörden i studien. Samtliga citat i resultatet presenterades på engelska för att undvika misstolkningar vid översättning.

Resultatdiskussion

Vårt resultat visar på både positiva och negativa upplevelser av informationsgivning.

Innehållet i subtemat ”Informationens baksida” visar att patienter kan uppleva oro och ångest på grund av informationen de mottar. Pilhammar Andersson (2003) beskriver det normativa övervakande förhållningssättet där sjuksköterskan använder sig av en informerande attityd och det största ansvaret läggs på den enskilda patienten angående förändringar kring sin livssituation. Roebuck, et al. (2001) hävdar att denna strategi kan vara en av orsakerna till att patienterna upplever krav och ökande oro och ångest. Vi tolkar denna respons från patienterna som en negativ effekt av sjuksköterskans informativa attityd. Därmed menar vi inte att ansvaret till livsstilsförändringar skall tas ifrån patienten. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) står det att sjuksköterskan skall ha förmåga att föra en dialog med patient och/eller närstående. Vi förespråkar ett rådgivande förhållningssätt hos sjuksköterskan då vi anser att detta gör det lättare att skapa en dialog mellan sjuksköterska och patient. Vi anser att i dialogen kan patienten uttrycka sina problem och behov. Socialstyrelsen (2005) skriver att dialogen främjar en ökad delaktighet för patient och närstående i vård och behandling.

Vidare diskussion kan föras kring subtemat ”Informationens baksida” angående sjuksköterskans maktposition och vad det kan innebära för patienten. Pilhammar Andersson (2003) hävdar att begreppet makt ofta kopplas till kunskap, kunskap är makt.

Wiklund (2003) framhäver att i vårdrelationen har sjuksköterskan makten genom kunskap. Vår studie visar att denna makt många gånger tillämpas på ett negativt sätt vilket kan utgöra ett vårdlidande för patienterna vilket kan resultera i ett ökat sjukdomslidande för patienten. Sjuksköterskan måste enligt Wiklund (2003) reflektera över sin maktposition för att medvetet kunna stärka patientens maktposition. Enligt Björvell och Insulander (2008) leder detta till en ökad egenmakt som de benämner "patient empowerment". Vi anser att detta kan underlätta patienters förmåga till livsstilsförändringar. Vi menar dock att denna maktfördelning inte är lika påtaglig idag då många patienter söker information om sitt sjukdomstillstånd innan de söker vård, detta är dock svårt vid en hjärtinfarkt då det sker plötsligt. Vi vill betona vikten av att sjuksköterskor har ett förhållningssätt som främjar patient empowerment. Eriksson (1994) framhäver sjukdomslidandet som kroppsligt, själsligt och andligt. Vi framhåller att sjuksköterskan kan påverka alla dessa dimensioner av patientens sjukdomslidande. Decker, et al. (2007) och Roebuck, et al. (2001) visar att patienters informationsbehov inte blir tillfredställt, därmed ökar patientens vårdlidande samt sjukdomslidande.

Subtemat "Ej individanpassad information" visar att patienter uppskattar en individualiserad informationsgivning. Pilhammar Andersson (2003) benämner den mer individinriktade pedagogiken rådgivning. Pilhammar Andersson (2003) hävdar att nationella och internationella sjuksköterskeutbildningar skolar studenterna i en mer informationsinriktad pedagogik vilket resultatet visar är oönskat. Vi upplever genom vår sjuksköterskeutbildning att Högskolan i Borås uppmärksammat individualiserad informationsgivning med ett undervisande synsätt. Vårt resultat tyder på att patienterna skulle föredra, enligt oss, ett mer rådgivande förhållningssätt. Enligt Wiklund (2003) är det i vårdrelationen patienten uttrycker sina problem, behov och begär. Vi anser att sjuksköterskan kan, genom att skapa en god vårdrelation, skaffa sig kunskap om vad den enskilda patienten har behov av att veta och kan därmed anpassa informationen till patientens önskan. Fitzpatrick och Hyde (2006) hävdar att sjuksköterskor upplever att yngre sjuksköterskor många gånger frågar mer erfarna sjuksköterskor om vad patienten vill veta istället för att prata med patienten själv. Vi anser att detta kan vara en av orsakerna till att patienter upplever informationen som ej individanpassad. Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskor strävar efter att skapa en god vårdrelation från början då vårdtiderna blir kortare och tiden med patienten får större betydelse. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (Svensk författningssamling, 2009) skall information vara individuellt anpassad. Vårt resultat visar att sjuksköterskor inte uppfyller lagens krav angående informationsgivning. Dock är vårt resultat baserat på artiklar från många olika länder och deras lagstiftning kan skilja sig mot svensk lagstiftning.

Subtemat "Information inger hopp" visar att information kan skapa hopp. Eriksson (1989) anser att en av förutsättningarna för att kunna inge hopp hos en annan människa är att sjuksköterskan har ett självförtroende. Det är genom självförtroendet sjuksköterskan möjliggör att våga hjälpa patienter så långt hon har förmåga till detta. Eriksson (1989) hävdar att det är genom hoppet människan får tröst och styrka i nuet. Subtemat "Information inger trygghet" visar att patienterna upplever en ökad trygghet av informationen. Vårt resultat stöds av Turton (1998); Oterhals, et al. (2006) som skriver att information minskar oro hos patienter. Enligt Socialstyrelsen (2005) skall sjuksköterskan ha förmåga att undervisa i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Vi anser att främja hälsa innebär att inge hopp och trygghet för patienten. Detta bör vara ett av målen med ett rådgivande förhållningssätt.

Vi anser att denna studies resultat kan överföras till fler patientgrupper än enbart till patienter som drabbats av hjärtinfarkt, då inga upplevelser begränsas av patientens specifika sjukdomstillstånd. De sjukdomsgrupper vi anser resultatet kan överföras till bör dock innefatta; en akut fas och behov av livsstilsförändringar.

Praktiska implikationer

Nedan sammanfattar vi delar av vårt resultat som kan användas av sjuksköterskan i det praktiska vårdandet.

- Det är viktigt att skapa en god kontakt med patienten för att få kunskap om enskilda problem och behov. Informationen anpassas utifrån dessa behov och ges så individanpassad information som möjligt
- Sjuksköterskan bör reflektera kring patientens situation och hur mottagliga de är för information, då resultatet visar att det är svårt att ta till sig information då patienterna är påverkade av sjukdom och/eller medicinering.
- Sjuksköterskan bör försäkra sig om att patienten inte lämnas med en känsla av ökad rädsla och oro efter informationstillfället. Vårt resultat visar att patienter kan uppleva en ökad oro och rädsla då de mottar information.
- Sjuksköterskan bör se till att patienten får sitt behov av information tillfredställt samt att han/hon *upplever* att sjuksköterskan tar sig tid till informationstillfället. Resultatet visade att informationen kan inge en känsla av hopp och trygghet, vilket vi anser är ett av målen vid informationsgivning. Detta kan ske genom att sjuksköterskan:
 - skapar ett enskilt utrymme för sjuksköterska och patient.
 - sätter sig ner med patienten.
 - skapa en ostörd miljö genom att exempelvis stänga av telefon och sätta upp en skylt med "Samtal pågår" på dörren.

Framtida forskning

Då vi genom denna litteraturstudie erfarit att det är svårt att finna kvalitativ forskning inom området anser vi att förslag på framtida forskning kan vara att genomföra en empirisk studie, i form av intervjuer, med liknande syfte som för denna studie vilket kan ge en fördjupad förståelse för hjärtinfarktsdrabbade patienters upplevelser av information.

REFERENSER

- Agård, A., Hermerén, G., & Herlitz, J. (2001). Patients' experiences of intervention trials on the treatment of myocardial infarction: is it time to adjust the informed consent procedure to the patient's capacity? *Heart (British Cardiac Society)*, 86(6), 632-637.
- Björvell, H., & Insulander, L. (2008). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. Ingår i B. Klang Söderkvist (red.), *Patientundervisning* (s. 89-92) Lund: Studentlitteratur.
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. (s. 3-49). Lund: Studentlitteratur.
- Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D., Nugent, K., Shipman, A., & Spertus, JA. (2007). Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 459-465.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Fitzpatrick, E., & Hyde, A. (2006). Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 671-677.
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2005). Patienten som vill veta och förstå. Ingår i J. Bengtsson (red.), *Med livsvärlden som grund: Bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. (s. 59-79) Lund: Studentlitteratur.
- Hanssen, T., Nordrehaug, J., & Hanestad, B. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37-44.
- Murie, J., Ross, A., Lough, M., & Rich, D. (2006). Exploring post-myocardial infarction patients' perceptions of patient-mediated interventions for the secondary prevention of coronary heart disease (SIGN Guideline 41). *Quality in Primary Care*, 14(2), 77-83.

- Oterhals, K., Hanestad, B., Eide, G., & Hanssen, T. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 303-310
- Pilhammar Andersson, E. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794.
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 662-671.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2010-03-26 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). *Hjärtinfarkter 1987–2007*. Hämtad 2010-03-26 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17858/2009-12-7.pdf>
- Svensk författningssamling, SFS. (2009). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2010-04-03 från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 770-778.
- Vasko, P. (2007). Hjärt-kärlsjukdomar Ingår i N. Grefberg & L. G. Johansson (red.), *Medicinboken*. (s. 55-142). Stockholm: Liber.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wiles, R., & Kinmonth, A. (2001). Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Educ Couns*. Aug;44(2), 161-169.
- Wingham, J., Dalal, H., Sweeney, K., & Evans, P. (2006). Listening to patients: choice in cardiac rehabilitation. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 5(4), 289-294.

BILAGA 1: Sökhistorik

| | Sökning I Cinahl 10-03-02 | Antal träffar | Antar lästa artiklar | Resultat Artiklar |
|----|--|---------------|-------------------------|----------------------|
| #1 | Myocardial Infarction” AND “Information needs” AND “After care” | 25 | 8 | 1 |
| #2 | AMI AND Inpatients AND information | 7 | 2 | 1 |
| #3 | AMI AND Information AND patient | 29 | 4 | 1 |
| #4 | “Myocardial Infarction” AND “Quality of life” AND Information | 30 | 1 | 1 |
| #5 | Qualitative AND “Myocardial Infarction” AND Information AND Need | 13 | 1 | 1 |

| | Sökning I Medline 10-03-03 | Antal träffar | Antar lästa artiklar | Resultat Artiklar |
|----|--|---------------|-------------------------|----------------------|
| #1 | “Myocardial infarction” AND Information AND Experience AND Qualitative | 8 | 1 | 1 |
| #2 | “Myocardial infarction” AND “Patient education” AND qualitative | 41 | 1 | - |

| | Sökning I PubMed 10-03-03 | Antal träffar | Antar lästa artiklar | Resultat Artiklar |
|----|--|---------------|-------------------------|----------------------|
| #1 | “Myocardial infarction” AND Information AND Need AND Patient AND Qualitative | 17 | 1 | 1 |

BILAGA 2: Granskningsprotokoll

(C. Wallengren, personlig kommunikation, 26 januari, 2010)

Instruktion

Varje fråga graderas med 3 poäng (ja), 2 poäng (delvis), 1 poäng (nej) eller 0 poäng (vet ej). Den erhållna poängen inom varje frågeområde summeras och den erhållna summan divideras med antalet besvarade delfrågor. Varje frågeområde kan på så sätt få mellan 1 och 3 poäng. Erhålles t.ex. 2.5 poäng, höjs denna siffra till 3. För varje ska du ringa in det alternativ (Ja, Delvis, Nej, Vet ej) som överensstämmer med dina poäng.

| | Ja | Delvis | Nej | Vet ej |
|---|----|--------|-----|--------|
| <u>Frågeområde A. Syfte</u> | | | | |
| 1. Är syftet med studien tydligt beskrivet? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Kommentar: _____

| | Ja | Delvis | Nej | Vet ej |
|--|----|--------|-----|--------|
| <u>Frågeområde B. Metod</u> | | | | |
| 2. Redogörs för vilken kvalitativ metod som har använts? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Kommentar: _____

| | Ja | Delvis | Nej | Vet ej |
|---|----|--------|-----|--------|
| <u>Frågeområde C. Urval</u> | | | | |
| 4. Är urvalskriteriet för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Beskrivs var undersökningen genomfördes? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. Beskrivs var undersökningsgruppen kontaktades? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Beskrivs när undersökningsgruppen kontaktades? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Beskrivs hur undersökningsgruppen kontaktades? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Beskrivs vilken urvalsmetod som användes (ex. strategiskt | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| urval, snöbollsurval, teoretiskt urval)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Beskrivs den inkluderade Undersökningsgruppen på ett tydligt sätt (ex. ålder, kön, utbildning)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Är undersökningsgruppen lämplig? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Kommentar: _____

| | Ja | Delvis | Nej | Vet ej |
|---|-----------|---------------|------------|---------------|
| <u>Frågeområde D. Datainsamling</u> | | | | |
| 12. Beskrivs vem som utförde datainsamlingen ? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13. Beskrivs vilka datainsamlingsmetoder som använts på ett tydligt sätt (vilken typ av frågor som användes)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 14. Är data systematiskt samlade (finns formulerade frågeområden, intervjuguide)? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Kommentar: _____

| | Ja | Delvis | Nej | Vet ej |
|--|-----------|---------------|------------|---------------|
| <u>Frågeområde E. Dataanalys</u> | | | | |
| 15. Beskrivs hur begrepp, teman och kategorier är utvecklade och tolkade på ett tydligt sätt ? (ex. finns beskrivning/tabell över hur kondensering och abstraktion skett, citat som stärker) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 16. Är analys och tolkning av resultat diskuterade? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 17. Är resultaten trovärdiga? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 18. Är resultaten pålitliga? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 19. Finns stabilitet och överensstämmelse? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Kommentar: _____

| | Ja | Delvis | Nej | Vet ej |
|---|-----------|---------------|------------|---------------|
| <u>Frågeområde F. Etiska frågor</u> | | | | |
| 20. Finns det tillräckligt beskrivet hur deltagarna informeras? (muntligt, skriftlig, frivillighet, konfidentialitet) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 21. Finns det beskrivet om forskarna har inhämtat informerat samtycke? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 22. Har etisk kommitté godkänt 23. studien (eller diskuteras detta)? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Kommentar: _____

| | Ja | Delvis | Nej | Vet ej |
|---|-----------|---------------|------------|---------------|
| <u>Frågeområde G. Diskussion</u> | | | | |
| 24. Är de tolkningar som presenteras baserat på insamlad data? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 25. Går det att återkoppla resultaten till den ursprungliga forskningsfrågan? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 26. Har resultaten klinisk relevans? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 27. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Kommentar: _____

Sammanvägd poängbedömning

Den erhållna poängen (3, 2 eller 1) för varje frågeområde ovan summeras. Hösta poäng är 21 och lästa poäng är 7. Den sammanvägda bedömningen, Hög, medelhög eller låg ringas in.

Hög vetenskaplig kvalitet (19-21p)

Medelhög vetenskaplig kvalitet (12-18p)

Låg vetenskaplig kvalitet (7-11p)

BILAGA 3: Översikt över analyserade artiklar

Syftet skrivs på artiklarnas originalspråk för att undvika misstolkningar i översättningen.

| Titel | Design | Syfte | Metod | Urval | Resultat | Kvalitet |
|---|--|--|--|---|---|-----------------|
| <p>Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence.</p> <p>Författare Rose Wiles, Ann-Louise Kinmonth.</p> <p>Tidsskrift Patient Education and Counseling.</p> <p>Årtal 2000</p> <p>Land England</p> | <p>Kvalitativ med ett patientperspektiv.</p> | <p>This qualitative study explored patients' understandings of heart attack in order to contribute to the design of effective secondary prevention services.</p> | <p>Enskilda intervjuer i hemmet två gånger efter sjukhusvistelsen. Efter efter 2 veckor och efter 4 månader.</p> <p>Dataanalys utifrån Strauss och Corbins (1990) metod.</p> | <p>25 personer som erfarit hjärtinfarkt, 12 kvinnor och 13 män, mellan 34 och 80år.</p> | <p>Fem teman utformades: "Understandings of heart attack 1 month post-MI: acute or chronic?", "Understanding of heart attack and recovery at 4months post-MI: changes over time", "Interviewees experiencing full recovery", "Interviewees not experiencing full recovery", "Attitudes to medication".</p> | <p>Medel</p> |
| <p>Patients' experiences of intervention trials on the treatment of myocardial infarction: is it time to adjust the informed consent procedure to the patient's capacity?</p> <p>Författare A. Ågård, G. Hermerén, J. Herlitz.</p> <p>Tidsskrift Heart</p> <p>Årtal 2001</p> | <p>Blandad kvalitativ och kvantitativ med ett patientperspektiv.</p> | <p>To investigate how patients included in trials on treatment in the early phase of acute myocardial infarction experience the consent procedure.</p> | <p>Semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Dataanalys skedde utifrån Neumans (1997) metod.</p> | <p>Utav 31 personer som erfarit hjärtinfarkt, var 22st män och 9st kvinnor, mellan 46 och 85år.</p> | <p>4 huvudteman och 18 subteman utformades av den insamlade kvalitativa intervju datan. Huvudteman är: "Patients' estimate of their ability to understand the information included in the consent procedure", "Patients comprehensions about the purpose of the study", "Feelings about being asked to give written informed consent to</p> | <p>Hög</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|------------------------|
| Land Sverige | | | | | participate in the study”, “Attitudes towards participation in research when there are difficulties in obtaining informed consent” | |
| Titel Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study Författare Alun Roebuck, Gill Furze, David R. Thompson Tidsskrift Journal of Advanced Nursing Årtal 2001 Land England | Design Kvalitativ med ett patientperspe ktiv. | Syfte The aim of this qualitative study was to explore and gain insights into the effects of myocardial infarction on health- related quality of life. | Metod Intervjuer, berättande. Dataanalys utifrån Miles och Huberman (1994) analys metod. | Urval 32 patienter informerades, muntligt och skriftligt, om studien innan utskrivning. Samtliga tackade ja, 31 fick delta. | Resultat Sju teman utformades: “physical activity/ symptoms,” “insecurity”, “emotional reactions”, “dependency”, “lifestylemodification”, “concern over medication”, “side- effects.” | Kvalitet Hög |
| Titel A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. Författare Tove Aminda Hanssen, Jan Erik Nordrehaug, Berit Rokne Hanestad. Tidsskrift | Design Kvalitativ explorativ med ett patientperspe ktiv. | Syfte To explore the information needs of inpatients with AMI and their preferences for follow-up contact after discharge from hospital | Metod Semi- strukturerade intervjuer i tre fokusgrupper. Dataanalys utifrån Knodel (1993) analys metod. | Urval 14 personer som erfarit hjärtinfarkt, varav 12 män och 2 kvinnor, mellan 42 och 69år. | Resultat Tre teman utformades: ”the hospital stay“, ”coming home” och “patients’ follow-up preferences”. | Kvalitet Hög |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--------------------------|
| European Journal of Cardiovascular Nursing Årtal 2005 Land Norge | | | | | | |
| Titel Exploring post-myocardial infarction patients' perceptions of patient mediated interventions for the secondary prevention of coronary heart disease (SIGN Guideline 41) Författare Jill Murie, Alan Ross, Murray Lough, Diane Rich. Tidsskrift Quality in Primary Care Årtal 2006 Land Skottland | Design Kvalitativ med ett patientperspektiv. | Syfte To explore post-myocardial infarction (MI) patients' perceptions of a patient-mediated intervention (PMI) for secondary prevention of coronary heart disease (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Guideline 41), the extent to which their expectations are currently being met and a collective proposal for a new model. | Metod 2st workshops där deltagarna fick välja ut den information de ansåg bäst om olika områden och en strukturerad intervju i fokusgrupp. Dataanalys utifrån Ritchie och Spencer. | Urval 6 personer som erfarit hjärtinfarkt, (5 män och 1 kvinna) mellan 45 och 68år. | Resultat Två st huvudteman och åtta subteman utformades: "PROCESS FACTORS", "The need for and right information", "Timing of information", "Target setting", "Involvement in decisions about treatment options", "Empowerment", "Risk Assessment", "STRUCTURAL FACTORS", "Presentation and format", "Language and tone". | Kvalitet Medel |
| Titel Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives Författare Carol Condon, Geraldine McCarthy. Tidsskrift European Journal of | Design Kvalitativ deskriptiv med ett patientperspektiv. | Syfte The aim of this descriptive qualitative study was to explore patients' perspectives of making lifestyle changes following AMI. | Metod Semi-strukturerade intervjuer. Dataanalys skedde utifrån Boyatzis (1998) analys metod. | Urval 15 patienter tackade ja till att medverka i studien 6 veckor efter utskrivning. 5 föll bort. Slutligen deltog 9 män och 1 kvinna. | Resultat Fyra huvudteman och fyra subteman utformades: "LIFESTYLE WARNING SIGNS", "Survival", "TAKING RESPONSIBILITY FOR LIFESTYLE CHANGES", "Identifying causes", | Kvalitet Hög |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|-----------------------------------|
| <p>Cardiovascular Nursing Årtal 2006 Land Irland</p> | | | | | <p>“Reality of making changes”, “Overprotection”, “SATISFACTION WITH PROFESSIONAL SUPPORT” and ”LOOKING FORWARD TO THE FUTURE”.</p> | |
| <p>Titel Acute Myocardial Infarction Patients’ Information Needs Over the Course of Treatment and Recovery Författare Carole Decker, Linda Garavalia, Connie Chen, Donna M. Buchanan, Karen Nugent, Amy Shipman, John A. Spertus. Tidsskrift Journal of Cardiovascular Nursing Årtal 2007 Land USA</p> | <p>Design Kvalitativ med ett patientperspektiv.</p> | <p>Syfte The purpose of the present study is to describe patient preferences for involvement (role) as well as the types of information patients desire to facilitate decision making along the continuum of an MI</p> | <p>Metod Intervjuer i fokusgrupper med hjälp av en intervju guide. Dataanalys med hjälp av dataprogrammet NVivo.</p> | <p>Urval Utvalda från ett register(vårdade för hjärtinfarkt). Kontakt inom 1 år efter utskrivning. 19 deltagare (av 37) 15 män, 4 kvinnor.</p> | <p>Resultat Förloppet delades upp i 5 tidsfaser utifrån intervjuerna vilket sedan resultrade i 2 huvudteman: ”Role of Patient” och ”Information Needed”</p> | <p>Kvalitet Medel</p> |