

# Examensarbete på grundnivå

*Independent degree project – first cycle*

Omvårdnad  
*Nursing*

Patienters erfarenheter av genomgången hjärtinfarkt med fokus på depression  
-En litteraturstudie

**Amanda Paulsson**  
**Emil Sivertsson**



**Mittuniversitetet**

MID SWEDEN UNIVERSITY

**MITTUNIVERSITETET**

Avdelningen för Omvårdnad

**Författare:** Amanda Paulsson, [ampa1201@student.miun.se](mailto:ampa1201@student.miun.se)

Emil Sivertsson, [emsi1200@student.miun.se](mailto:emsi1200@student.miun.se)

**Utbildningsprogram:** Sjuksköterskeprogrammet, 180hp

**Huvudområde:** Omvårdnad C, Vetenskapligt område, 15hp

**Termin, år:** T6, 2015

## **Abstrakt**

**Bakgrund:** Livet efter genomgången hjärtinfarkt anses komplicerat och omfattar fysiska och psykiska komplikationer. Depression betraktas som en vanlig och allvarlig komplikation som kan tillstöta, den påverkar hela människan och återhämtningsprocessen. **Syfte:**

Undersöka patienters erfarenheter av genomgången hjärtinfarkt med fokus på depression.

**Metod:** Det studerade materialet utgjordes av 19 vetenskapliga artiklar. Analysen genomfördes med stöd av Friberg (2012) och resulterade tre teman och fem subteman.

**Resultat:** Analysen visade att patienterna beskrev hjärtinfarkten som en händelse som förändrade deras liv i stora drag. Kroppen förändrades och de kände sig tvingade att leva i en främmande kropp, nära relationer blev viktigare, det krävdes att de gick vidare men med olika förutsättningar, de beskrev också det professionella stödet som positivt men även som ett krav på livsstilsförändringar. **Diskussion:** Sjuksköterskan var en viktig del i patientens rehabiliteringsprocess efter hjärtinfarkt. Genom att arbeta tillsammans kunde de finna lösningar så att sjukdomen blev mer hanterbar samtidigt som motivationen till livsstilsförändringar ökade. **Slutsats:** Vården kan ha svårt att se till varje persons behov, något som resulterar i att information ges på ett likartat sätt till alla utan hänsyn till den enskildes behov och förutsättningar. En personinriktad rehabilitering visar motsatsen, vilket också bidrog till minskad risk för depression. På så vis har sjuksköterskan ett stort ansvar i det preventiva arbetet att förhindra depression efter hjärtinfarkt.

**Nyckelord:** Depression, Hjärtinfarkt, Litteraturoversikt, Patientupplevelser, Rehabilitering & Stöd.

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Hjärtinfarkt, komplikationer och vård .....	1
Depression en vanlig komplikation .....	1
Teoretiska hållpunkter .....	2
Problemformulering .....	3
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod</b> .....	<b>4</b>
Design .....	4
Litteratursökning och urval .....	4
Värdering av vetenskaplig kvalitet .....	6
Etiska överväganden .....	7
Analys .....	7
<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
<b>Erfarenheter av hjärtinfarkt</b> .....	<b>9</b>
Tvingad att leva i en främmande kropp .....	9
Vikten av nära relationer .....	10
<b>Att hantera fortsättningen</b> .....	<b>11</b>
Gå vidare, men med olika förutsättningar .....	11
Det erbjudna stödet .....	13
<b>Kravet på livsstilsförändringar</b> .....	<b>14</b>
Förväntningar och krav .....	14
<b>Diskussion</b> .....	<b>15</b>
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion .....	16
<b>Slutsats</b> .....	<b>20</b>
<b>Författarnas tack</b> .....	<b>20</b>
<b>Referenslista</b> .....	<b>21</b>
<b>Bilaga I</b>	
<b>Bilaga 2</b>	
<b>Bilaga 3</b>	

## **Bakgrund**

### ***Hjärtinfarkt, komplikationer och vård***

Hjärt- och kärlsjukdomar är en av samhällets vanligaste dödsorsaker och hjärtinfarkt är ett av de allvarligaste sjukdomstillstånden. Det har under de senaste åren skett en förbättring i vården av hjärtinfarkt vilket sedan resulterat i att antalet människor som överlever en hjärtinfarkt ökar (Socialstyrelsen, 2009). Både fysiska och psykiska komplikationer efter hjärtinfarkt är vanliga, exempelvis kärlkramp, hjärtsvikt, rytmrubbningar, nedstämdhet och oro. Komplikationerna kan vara betydande för patienten och påverka den en lång tid efter att infarkten inträffat (Socialstyrelsen, 2007; Roebuck, Furze & Thompson, 2001).

(Socialstyrelsen, 2007). Vården vid akut hjärtinfarkt består av medicinsk behandling samt eventuell PCI (ballongvidgning) och genomsnittlig sjukhusvistelse tenderar att uppgå till ca en vecka (Socialstyrelsen, 2007; Roebuck, Furze & Thompson, 2001). Behandlingen efter utskrivning från sjukhuset är livslång eftersom kranskärlsjukdom är en kronisk åkomma och det därmed finns en risk för en ny hjärtinfarkt. Förutom medicinering är livsstilsförändringar i form av ökad fysisk aktivitet, kostförändring, eventuellt rökstopp och minskad stress är en viktig del av behandlingen (Socialstyrelsen, 2007). I samband med utskrivningen från sjukhuset erbjuder sjukvården rehabilitering för att gynna patienternas återhämtning. Rehabiliteringens mål är att motverka uppkomsten av ytterligare kranskärlsjukdomar och optimera patienternas fysiska och psykiska hälsa (Socialstyrelsen 2007; 2008; 2009). Rehabiliteringen omfattas av fysisk återhämtning, psykologisk stöttning och rådgivning kring livsstilsförändringar (Worcester, Le Grande, 2008).

### ***Depression en vanlig komplikation***

Enligt Thombs et al. (2005) är depression en vanlig komplikation som tillstöter efter hjärtinfarkt. WHO (2012) beskriver depressionen som resultatet av en komplex interaktion av biologiska, sociala och psykiska faktorer och detta kan sedan utvecklas till ett allvarligt hälsotillstånd. En depression kännetecknas av sorgsenhet, förlust av intresse eller njutning, känslor av skuld eller självskuld, störd sömn eller aptit, känslor av trötthet och dålig koncentration. Det är ett sjukligt tillstånd och skiljer sig därmed från de känslomässiga reaktionerna som hör till en människas vardag. För att vården av depression ska bli effektiv

så är det viktigt att sjukdomen upptäcks i god tid. Det finns effektiva behandlingar mot depression men många som lider av sjukdomen får inte vården de behöver.

Tidigare forskning visar på att patienter som drabbas av depression efter hjärtinfarkt har sämre hälsa och välmående jämfört med patienter som inte utvecklar en depression (Benyamini, Roziner, Goldbourt, Drory & Gerber, 2013; Lane, Carroll, Ring, Beevers & Lip, 2000). Depression efter hjärtinfarkt är en allvarlig komplikation som ökar risken för att drabbas av ny hjärtinfarkt (Zuidersma, Ormel, Conradi & de Jonge 2011; Nielsen, Vestergaard, Christensen, Christensen & Larsen, 2013; Meijer et al., 2011). Risken för att dö till följd av kranskärlssjukdom ökar i samband med depression efter hjärtinfarkt (Nielsen et al., 2013; Meijer et al., 2011; Larsen, Christensen, Søndergaard & Vestergaard, 2013). Sjuksköterskor har beskrivit att det är ett komplext arbete att upptäcka depression hos patienter som genomgått en hjärtinfarkt och förekomsten av depression underskattas (Haws, Ramjeet & Grey, 2011; Huffman et al., 2006; Ziegelstein et al., 2005).

### ***Teoretiska hållpunkter***

Karin Dahlberg är en omvårdnadsforskare som utvecklat livsvärldsteorin, som strävar efter förståelse av människans livsvärld. Alla människor har en existentiell livsvärld som består av livsutrymme, hur de lever, hur de agerar med andra människor och andra faktorer som de påverkar och påverkas av. Genom livsvärlden så uppfattar och förstår människan den konkreta världen. Människor upplever mycket i världen likvärdigt men har alltid ett unikt sätt att uppfatta företeelser. När människor uppfattar världen runt om kring skapas en individuell mening och innebörd. Människan kan därmed inte uppleva något utan att skapa en förståelse för det som händer. Den levande kroppen är till grunden ett biologiskt objekt men bör kompletteras med en subjektiv del eftersom den är fylld av upplevelser, erfarenheter och minnen. Genom kroppen upplever människan hälsa och ohälsa. När kroppen drabbas av sjukdom och lidande så påverkas inte endast enskilda organ utan hela människans existens. Kroppen blir en summa av en andlig, fysisk, psykisk och existentiell del. Delarna ska ses som en helhet och inte förstås var för sig. Människans psyke påverkas av kroppsliga symtom samtidigt som psykiska symtom kan påverka det kroppsliga (Dahlberg, 2014, s. 53-54, 58, 63-65).

Vidare beskriver Dahlberg (2014, s. 60, 63-65) att grunden för att bedriva omvårdnad är god medicinsk kunskap men den bör kompletteras med förståelse för livsvärldens innebörd. Genom förståelse för en annans människas livsvärld kan sjuksköterskan komma närmare patientens upplevelse och på så sätt bedriva vård anpassad efter dennes behov. Människor som drabbas av sjukdom påverkas på olika sätt eftersom de lever i olika livsvärldar. Sjuksköterskan bör ha förmåga att förstå hur patienten upplever sin sjukdom och vad som stärker dennes hälsa. Sjukdom upplevs olika beroende på närståendes stöd, fysisk förmåga och känslan av meningen med livet. Svår sjukdom kan vända upp och ner på en människas livsvärld och skapa existentiella tankar. Sjuksköterskan bör stötta patienten i återhämningsprocessen och det är viktigt att vara lyhörd för hur patientens hanterar sjukdomen.

Psykologerna Lazarus och Folkman använder sig av begreppet coping för att beskriva hur en individ hanterar en påfrestande situation. Vidare beskriver de coping som ett ständigt kognitivt och beteendemässigt försök att hantera särskilda yttre och/eller inre krav, som upplevs påfrestande i den mån att individens resurser inte räcker till (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141-142).

### ***Problemformulering***

Kompetensbeskrivningen visar att sjuksköterskan har ett ansvar att arbeta hälsofrämjande (Socialstyrelsen, 2005). Depression är en allvarlig komplikation som påverkar hela människan och återhämningsprocessen efter genomgången hjärtinfarkt. Depression har visat sig leda till sämre hälsa men även vara svår att upptäcka och diagnostisera. Därmed bör sjuksköterskan ha kunskap om utvecklingen av depression hos patienter med genomgången hjärtinfarkt.

## Syfte

Syftet med föreliggande studie var att undersöka patienters erfarenheter av genomgången hjärtinfarkt med fokus på depression.

## Metod

### *Design*

Studien genomfördes i form av en litteraturöversikt vilken har till uppgift att bidra med en sammanfattning över kunskapsläget inom ett visst område som berör omvårdnad eller problem som omfattar allmänsjuksköterskans verksamhetsområde (Friberg, 2012b, s. 133).

### *Litteratursökning och urval*

Materialet som låg till grund för studien samlades in genom sökningar i databaserna Cinahl och PubMed. Dessa sökningar utfördes till största del med hjälp av headings i Cinahl och MeSH-termer i PubMed. Fritext har använts vid sökningar i Cinahl och PubMed. Sökorden som användes i databaserna hade sin utgångspunkt från syftet, dessa redovisas i tabell 1. Dessa sökord kombinerades sedan på olika sätt och användes i Cinahl och PubMed. Polit och Beck (2012, s. 111-115) beskriver PubMed som en databas innehållande forskning inom område medicin som helhet, Cinahl beskrivs tillhandahålla artiklar och forskning med fokus på omvårdnad och hälsa.

**Tabell 1, översikt över sökord**

Sökord utifrån syfte	Cinahl (Headings)	PubMed (MeSH)	Fritext Sökord
Hjärtinfarkt	Myocardial infarction	Myocardial infarction, Myocardial infarction/rehabilitation, Myocardial infarction/complication, Myocardial infarction/complications	Myocardial infarction
Depression	Depression	Depression	Depression
Rehabilitering	Support/psychosocial	Social support	Adaption, Coping, Information, Psychological adjustments

Inklusionskriterier som avgränsade materialet och styrde urvalet var att artiklarna publicerats på engelska i en vetenskaplig tidskrift, de var publicerade under de senaste 10



åren, de omfattade både män eller kvinnor i vuxen ålder samt att det var vetenskapligt granskade originalartiklar. I Cinahl användes Peer reviewed som begränsning vilket innebar att artiklar som eftersöktes var publicerade i vetenskapliga tidskrifter (Östlundh, 2012, s. 76) De material som skulle inkluderas hade även vissa etiska krav vilket beskrivs ytterligare på sidan 7: *Etiska överväganden*. Slutligen efter kvalitetsbedömning inkluderades artiklarna enligt tilldelad grad I eller II. Exklusionskriterier för studien var material som inte var vetenskapligt granskat, material som var publicerat innan 2004, material som omfattade personer under 18 år samt material som inte hade något tydligt fokus på hjärtinfarkt eller depression.

Studiens urval skedde i fem separata steg. I det första steget lästes artiklarnas titel och exkluderades om de inte nämnde eller omfattade hjärtinfarkt eller depression. I steg två lästes artiklarnas abstract, om de inte omfattade någon form av depression efter genomgången hjärtinfarkt förkastades dessa. Steg tre behandlade huruvida artiklarna fanns tillgängliga i fulltext eller inte. En otillfredsställande eller otillgänglig fulltext resulterade i exkludering. Fjärde steget som exkluderade material innefattade artiklar vars vetenskapliga kvalitet inte var tillräcklig efter kvalitetsbedömning, detta beskrivs vidare på sidan 6: *Värdering av vetenskaplig kvalitet*. Det femte och sista steget i urvalet omfattade dubletter som påträffats under sökningar, dessa exkluderades direkt via titel när dessa artiklar bekräftades som dubletter. Överskådlig översikt av urvalet samt inkluderade sökningar i studien presenteras i tabell 2.

**Tabell 2, översikt databassökningar**

Databas/Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Förkastade	Artiklar använda i resultatet
Cinahl 2015-01-21	(MH "Myocardial infarction") AND (MH "Depression") AND (MH "Support/Psychosocial")	2004-2015, English, Peer reviewed	25	7* 13** 2*** 1**** 1*****	Yates, Kosloski, Kercher & Dizona (2010)
Cinahl 2015-01-15	(MH "Myocardial infarction") AND (MH "Depression") AND Information	2004-2015, English, Peer reviewed	16	1* 3** 1*** 0**** 9*****	Mittag et al. (2006) Barlow, Turner & Gilchrist (2009)

PubMed 2015-01-21	("Myocardial infarction"[Mesh] ) AND ("Depression" [Mesh]) AND ("Social support" [Mesh])	10 years, English	23	4* 8** 5*** 2**** 2*****	Leifheit-Limson et al. (2010) Leifheit-Limson et al. (2012)
PubMed 2015-01-21	("Myocardial infarction/rehabilitation" [Mesh]) AND ("Depression" [Mesh])	10 years, English	25	2* 3** 8*** 2**** 8*****	Milani & Lavie (2007) Bettencourt et al. (2005)
PubMed 2015-01-27	("Myocardial infarction/complications" [Mesh]) OR ("Myocardial infarction/rehabilitation" [Mesh]) AND Adaptation	10 years, English	70	26* 22** 10*** 4**** 2*****	Uysal & Özcan (2012) Brink, Alsén, Herlitz, Kjellgren & Cliffordsson (2012) Garnefski et al. (2009) Alsén, Brink & Persson (2008) Kristofferzon, Löfmark & Carlsson (2008) Hilding, Fridlund & Lidell (2006)
PubMed 2015-01-15	("Myocardial infarction/complications" [Mesh]) AND Coping	10 years, English	23	9* 7** 3*** 1**** 2*****	Kristofferzon, Löfmark & Carlsson (2007)
PubMed 2015-02-03	Myocardial infarction AND Depression AND Psychological adjustments	10 years, English	64	29* 13** 5*** 2**** 12*****	Park & Dornelas (2012) Salminen-Tuomaala Ålstedt-Kurki, Rekoaro & Paavilainen (2012a, 2012b)
Manuell sökning ur referenslista & specifik författarsökning.					Andersson, Borglin & Willman (2013) Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam (2009)

\*Antal förkastade efter läst titel, \*\*Antal förkastade efter läst abstract, \*\*\*Antal förkastade efter relevansbedömning, \*\*\*\*Antal förkastade efter kvalitetsbedömning, \*\*\*\*\*Antal förkastade pga. Dubletter.

### **Värdering av vetenskaplig kvalitet**

Granskning och skattning av artiklarnas vetenskapliga kvalitet fastställdes med hjälp av Carlsson och Eimans bedömningsmall (2003), se bilaga 1 och 2. Artiklarna som utsågs att ingå i kvalitetsbedömningen fördelas lika mellan de båda författarna. Efter granskning av de uppdelade artiklarna skiftades dessa mellan författarna och slutligen skedde en gemensam kvalitetsbedömning. Totalt omfattade studien 19 artiklar av kvalitativ och kvantitativ typ,

dessa inkluderades när de uppnådde en totalpoäng som resulterade i grad II eller högre. Dessa artiklar redovisas i sin helhet i bilaga 4.

### ***Etiska överväganden***

I vetenskaplig forskning måste forskarna hantera olika etiska principer och dilemman. Forskarna kan genom en extern recension få en objektiv bedömning av deras forskningsplanering utifrån ett etiskt perspektiv. Genom ett godkännande av en etisk kommitté kan forskarna visa att det har följt etiska principer (Polit & Beck, 2012, s. 184). Ett etiskt ställningstagande som lade grund för vilka artiklar som inkluderades i studien var att de fått ett godkännande av en etisk kommitté. Ett sådant krav kunde säkerställa att författarna i respektive inkluderad artikel tagit ställning till etiska överväganden. När artiklar inte innehöll ett tydligt etiskt ställningstagande kontrollerades istället den publicerade tidskriften och deras etiska krav för vilket material som publiceras. Artiklar har exkluderats ur studien då innehållet inte ansetts passas studiens syfte. I enlighet med Polit och Beck (2008, s. 197) har exkludering inte skett under påverkan av författarbias exempelvis, egna åsikter, förutfattade meningar och förkunskap inom forskningsområdet.

### ***Analys***

Analysen av materialet inspirerades av Friberg (2012a, s. 127-129). I det första steget lästes artiklarna öppensinnat och grundligt ett flertal gånger för att få en djupare känsla av innehållet. Nästa steg omfattade att identifiera nyckelfynd i respektive artikel med syftet som utgångspunkt, dessa nyckelfynd representerade det manifesta budskapet i texten. Tredje steget sammanställdes resultaten i artiklarna med syfte att få en överblick över vad som faktiskt skulle analyseras. Detta genererade preliminära subteman. I det sista steget eftersöktes likheter och skillnader mellan de olika nyckelfynden för att kunna placera dessa under lämpligt subtema. Genom att försöka tolka och förstå innehållet i respektive subtema kunde tre teman skapas. Analysen genererade slutligen tre teman och fem subteman, exempel på analysprocessen redovisas i tabell 3.

**Tabell 3, analysprocess**

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Subtema	Tema
" Participants considered it stressful and demanding to combine these activities with family life, work commitments, and the physical and mental consequences of an MI. They saw them as a rigid standard package, not coordinated in terms of when or where they took place, and at the same time constituting a pressure to attend several days a week during working hours. Thus, they perceived the activities proposed by the health care professionals as more or less mandatory, uncoordinated demands as opposed to a genuine offer of services." (Andersson, Borglin & Willman 2013, p.766).	Rehabiliteringsprogram upplevdes som stressfullt, krävande och ej individanpassat, det sågs som ett stelt standardpaket.	Brist på individanpassning	Det erbjudna stödet	Att hantera fortsättningen
"Incomprehensible fatigue led to restrictions in bodily, cognitive and affective functioning. Participants reported that they were restricted from doing the same activities that used to do. The fatigue restricted them in their daily functioning, for example housekeeping, gardening, driving a car." (Alsén, Brink & Persson, 2008, p.463).	Fatigue ledde till kroppsliga, kognitiva och affektiva restriktioner. Patienterna kände sig begränsade i sin dagliga funktion	Fysiska symtom	Tvingad att leva i en främmande kropp	Erfarenheter av hjärtinfarkt
"Proximity and contact appeared to add energy, lust, and joy to the women's lives following an MI, and appeared to lessen their vulnerability." (Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009, p. 379).	Mänsklig kontakt gav lust, och glädje och minskade sårbarheten.	Socialt stöd	Vikten av nära relationer	Erfarenheter av hjärtinfarkt

## Resultat

Målet var att söka artiklar där patienter beskrev genomgången hjärtinfarkt och depression. Detta gjordes, dock fann författarna att patienterna inte i direkt mening beskrev depression. Istället beskrev patienterna sin livssituation med ord som nedstämdhet, oro, rädsla och lidande vilket var begrepp som författarna ansåg kunde tolkas i termer av depression. Patienterna beskrev även erfarenheter som ökade välmående och livskvalitet vilket har tolkats som förebyggande för utveckling av depression. I analysen framkom det att patienterna lyfte fram fysiska symtom och vikten av nära relationer. De beskrev hur de hanterade livet efteråt och de beskrev erfarenheter kring det stöd och den rehabilitering som erbjöds via sjukvården. De beskrev också sina erfarenheter av kravet på livsstilsförändringar. Detta presenteras i det följande under 3 teman och 5 subteman.

## **Erfarenheter av hjärtinfarkt**

### **Tvingad att leva i en främmande kropp**

Erfarenheter som patienterna beskrev handlade om känslan av att tvingas leva i en främmande kropp, med olika fysiska symtom (Alsén, Brink & Persson, 2008; Andersson, Borglin & Willman, 2013; Salminen-Tuomaala, Ålstedt-Kurki, Rekoaro & Paavilainen 2012a, 2012b) som inkluderade kärlekskramp, arytmier och dyspné (Andersson et al., 2013; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2008; Salminen-Tuomaala et al., 2012a, 2012b). De fysiska symtomen fick patienterna att känna rädsla, dels för att symtomen i sig är skrämmande, men även för att de upplevde känslan av att på nytt drabbas av en hjärtinfarkt. De upplevde att denna rädsla kontrollerade deras vardagliga liv eftersom det var en påminnelse om att vara sjuk, patienterna kunde inte heller delta i aktiviteter som tidigare funnits med i vardagen. Fysiska förändringar ledde till att patienterna inte vågade lita på sin egen kropp, de var ständigt på sin vakt och försökte tolka kroppsliga signaler vilket var stressfullt (Andersson et al., 2013; Hilding, Fridlund & Lidell, 2006; Kristofferzon et al., 2008; Salminen-Tuomaala et al., 2012a, 2012b). Patienterna upplevde att deras fysiska hälsa påverkade deras syn på återhämtningsprocessen. Sämre fysisk återhämtning resulterade i en sämre mental hälsa med större risk att utveckla depression (Granefski et al. 2009; Yates, Kosloski, Kercher & Dizona, 2010).

Patienterna beskrev också att livet med den främmande kroppen kunde innebära fatigue vilket av en del patienter beskrevs som ett symtom förknippat med lidande, detta omfattade en fysisk, kognitiv och affektiv aspekt. Bitvis var den fysiska tröttheten överväldigande och omöjligt att hantera vilket skapade känslor av maktlöshet, osäkerhet samt nedstämdhet (Alsén et al., 2008; Andersson et al., 2013). Patienterna beskrev perioder när fatigue totalt tog över deras liv och påverkade förmågan att hantera enkla sysslor och aktiviteter (Andersson et al., 2013). "You don't have the strength, Nothing is fun; absolutely nothing is fun. [Pause] You can't make yourself do things as you don't have the strength, you simply feel that everything is shit." (Andersson et al., 2013, s. 765).

Livet med den främmande kroppen togs sig också i uttryck som en nedsatt tankeprocess. Ett exempel var en kvinna 60 år som sa att hon trodde att hjärtinfarkten hade resulterat i mer

skador i hjärnan än i hjärtat, hon kände sig fångad i ett "vakuum". Vissa av patienterna tyckte att det blev svårare att planera sin vardag när fatigue plötsligt dök upp. Detta skapade känslor av sorg, nedstämdhet och håglöshet (Alsén et al., 2008).

De fysiska begränsningarna upplevdes vara ett hinder i vardagen, att inte kunna utöva hushållsarbete, trädgårdsarbete, köra bil eller att börja arbeta (Alsén et al., 2008). "The spirit is willing, but the flesh is weak (Alsén et al., 2008, s. 463). Patienterna kände sig begränsade vilket skapade oro och ångest eftersom det var ovisst om hur de skulle klara sitt framtida liv samt vilken livskvalité som väntade (Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008; Salminen-Tuomaala et al., 2012a, 2012b). Patienterna beskrev att fatigue gjorde dem begränsade eftersom det krävdes en viss grad av fysisk förmåga för att vara intimt nära sin partner. Känslan av att vara sexuellt oförmögen var något som påverkade patienterna negativt samtidigt som det fanns en rädsla att återuppta sitt tidigare sexliv. De beskrev att en källa till ångest var rädsla för fysisk utmattning, speciellt i samband med den intima relationen som ansågs tillhöra äktenskapet. Detta kunde sedan leda till att patienten kände sig värdelös. Känslan fanns att inte kunna lita på sin kropp vilket beskrevs av patienterna som att deras hjärta kunde stanna utan förvarning (Andersson et al., 2013).

### **Vikten av nära relationer**

En annan erfarenhet som beskrevs var att det efter hjärtinfarkten uppstod ett känslomässigt kaos vilket tenderade att vända upp och ner på vardagen, detta intensifierade vikten av nära relationer (Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Dessa nära relationer upplevdes viktiga för patienternas dagliga liv samt för att kunna skapa välmående och uppnå god hälsa (Kristofferzon et al., 2007, 2008; Leifheit & Limson et al., 2010, 2012; Salminen-Tuomaala, et al., 2012a; Yates et al., 2010; Johansson Sundler et al, 2009). Nära relationer omfattade make, maka, barn, barnbarn, partner, förälder eller nära vän (Kristofferzon et al., 2008; Johansson Sundler et al., 2009). Patienter fick stöd och kraft genom att närstående lyssnade på tankar och känslor, visade medkänsla samt förståelse. Detta gav en känsla av ömsesidig respekt och att bördan inte uppfattades lika tung (Hilding et al., 2006; Kristofferzon et al., 2007; Salminen-Tuomaala et al., 2012a; Yates et al., 2010).

Något som patienterna också beskrev var att deras partner bidrog med närhet och kontakt vilket gav energi, lust, lycka samt minskade sårbarheten (Johansson Sundler et al., 2009) och uppmärksamheten bidrog till en känsla av säkerhet och trygghet (Kristofferzon et al., 2007). "the kids, my old man and everything, they all support me, just fantastic. I didn't think we had such care. You can't complain..." (Kristofferzon et al., 2007, s. 396). Vissa patienter som saknade en partner upplevde känslor av ensamhet och tomhet vilket gav lidande. Andra patienter som inte omfattades av en partnerrelation ansåg att de kunde finna ett lika meningsfullt stöd i andra relationer (Johansson Sundler et al., 2009).

En del patienter ansåg att ett lågt socialt stöd inte bara bestod av brist på människor i deras närhet. En del patienter beskrev att de upplevde en distans till sina närstående. De upplevde att denna distans tillkommit efter hjärtinfarkten. Distansen beskrevs bero på patienternas kroppsliga förändringar som begränsade deltagandet i sociala aktiviteter. Patienterna beskrev även att deras anhöriga kände sig rädda samt osäkra och tog därför avstånd (Andersson et al., 2013; Johansson Sundler et al., 2009). Upplevelsen av att ha tillfredsställande stöd från närstående ansågs vara avgörande för deras livskvalité men även för hur den fysiska och mentala funktionen skulle komma att påverkas (Leifheit & Limson et al., 2010, 2012). Genom det tillfredsställande sociala stödet minskade därmed risken för utveckling av depressiva symtom, samtidigt som ett lågt socialt stöd ökade risken för depression (Leifheit & Limson et al., 2010, 2012; Yates et al., 2010).

## ***Att hantera fortsättningen***

### **Gå vidare, men med olika förutsättningar**

En annan erfarenhet som beskrevs av patienterna var att tiden efter hjärtinfarkten kunde ses som en viloperiod när de kunde återhämta sina fysiska och emotionella resurser.

Hjärtinfarkten kunde få dem att reflektera över sina värderingar och finna nya perspektiv på meningen med livet. Vissa patienter beskrev att sjukdomen och efterförloppet kunde ha en positiv inverkan och det sågs som en nystart på det fortsatta livet (Salminen-Tuomaala et al., 2012a). Patienterna ansåg att hjärtinfarkten var en del av livet som de var tvungna att hantera och acceptera. En hjärtinfarkt kunde drabba vem som helst och det var viktigt att

den som drabbades kunde finna strategier för att ta sig vidare. Vissa patienters strategier kunde vara att ha en positiv och optimistisk attityd till livet, på så vis kunde hopplöshet, nedstämdhet och depression motverkas (Garnefski et al., 2009; Salminen-Tuomaala et al., 2012a). En annan strategi var att tänka och fokusera på tankar som stärkte patienten istället för att sjukdomen hamnade i centrum. Genom livslust, hopp och glatt humör kunde de påverka sin livssituation och detta blev en strategi för att nå sina mål. En positiv attityd gjorde det möjligt att kunna hantera och kontrollera känslor utan att glömma allvaret i situationen (Salminen-Tuomaala et al., 2012a).

I flera artiklar beskrev patienterna vikten av att effektivt kunna hantera oförutsedda situationer och hitta lösningar på problem, genom denna strategi kunde fysisk och psykisk livskvalité öka efter att ha drabbats av hjärtinfarkt (Brink, Alsén, Herlitz, Kjellgren & Cliffordson, 2012; Garnefski et al., 2009; Salminen-Tuomaala et al., 2012a, 2012b). Patienter beskrev att problemen kunde hanteras genom att de bröts ner till mindre bitar med fokus på en sak tag i taget. Viktigt var hantering av svåra känslor och rädslor men även för mer praktiska delar som att känna kontroll över behandling, medicinering och livsstilsförändringar (Salminen-Tuomaala et al., 2012a). När känslor och tankar diskuterades med respektive partner så ledde detta till en minskad oro att återinsjukna i ny hjärtinfarkt (Kristofferzon et al., 2008; Salminen-Tuomaala et al., 2012b).

Vissa patienter beskrev att fysisk och emotionell dränering gjorde att livet karakteriserades av brist på resurser. Patienterna saknade då strategier, de inte hade någon vilja, lust eller psykisk förmåga att hantera den rådande livssituationen. Bristande psykisk förmåga gjorde det svårare att gå vidare och acceptera allvaret i situationen, istället förnekades sjukdomen samt dess symtom (Salminen-Tuomaala et al., 2012a). Situationen förnekades, sjukdomen ville glömmas och målet var istället fortsätta med livet (Salminen-Tuomaala et al., 2012b). Hopplösa och nedstämda tankar som kopplades till sjukdomen gav känslomässig utmattning, vardagen karakteriserades av rädsla, ångest och olyckliga tankar (Salminen-Tuomaala et al., 2012a).



Patienter som var religiöst troende beskrev strategier i form av att söka spirituellt stöd från gud och medlemmar i församlingen (Park & Dornelas, 2012; Salminen-Tuomaala et al., 2012b). För en del patienter gav förtroendet till Gud inre frid och mening med livet (Salminen-Tuomaala et al., 2012b). För andra patienter fanns en känsla att deras gud övergivit eller straffat dem vilket ledde till en ilska mot gud eller ifrågasättande av hans existens. Det fanns en ökad risk för depression hos denna grupp patienter (Park & Dornelas, 2012).

### **Det erbjudna stödet**

Patienterna beskrev även att de efter genomgången hjärtinfarkt erbjöds att delta i olika rehabiliteringsprogram, i dessa samarbetade sjuksköterskor med dietister, sjukgymnaster och läkare. Genom programmen erbjöds information, rådgivning och stöd för att patienterna sedan skulle kunna anpassa sig till ett liv med kronisk sjukdom. Programmen omfattade information gällande kostvanor, vikten av fysisk aktivitet, viktkontroll, stresshantering, effekten av alkohol och tobaks konsumtion, medicinska och psykosociala problem samt hanteringen av psykiska konsekvenser. Hjärtrehabilitering hade god effekt för att minska och förebygga uppkomsten av depressiva symtom, samtidigt som livskvalitén upplevdes öka bland patienterna (Bettencourt et al., 2005; Kristofferzon et al., 2008; Milani & Lavie, 2007; Mittag et al., 2006; Uysal & Özcan, 2012).

I några artiklar beskrev patienterna att rehabiliteringsprogram var en god källa till information, en plats för diskussion med personer som befann sig i samma livssituation, hjälp till hantering av psykiska konsekvenser samt att det ökade motivationen till livsstilsförändringar. Mötet med andra patienter gav en lättnadskänsla, känslan av att de inte var ensamma (Barlow, Turner & Gilchrist, 2009; Kristofferzon et al., 2008).

Rehabiliteringsteamet upplevdes som stöttande och bidrog till en känsla av säkerhet. Kunskapen patienterna fick från rehabiliteringsprogram hjälpte dem att komma till insikt att ansvaret för val som leder till en bättre hälsa var helt och hållet deras eget (Kristofferzon et al., 2008).

Det beskrevs dock i andra artiklar att bristande information och uppföljning orsakade oro för patienterna, detta berodde på okunskap om hur mycket stress deras kropp klarade av

(Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2007; Salminen-Tuomaala et al., 2012a).

Rehabiliteringsprogram kunde upplevdas som krävande samt stressande eftersom det omfattade ett samspel mellan familjens dagliga rutiner och patientens fysiska samt psykiska förmåga. Rehabiliteringen sågs som ett stelt standardpaket med krav på att delta flera gånger i veckan samt att infinna sig på sjukhuset och ta ledigt från arbetet. Patienterna kände sig mer eller mindre tvingade att delta samtidigt som programmet inte kändes anpassat efter deras behov och önskemål. Rehabiliteringsteamet lyssnade inte på deras behov vilket var det största önskemålet (Andersson et al., 2013).

Patienter beskrev att de sakade emotionellt stöd från sjuksköterskan, speciellt individuell uppmärksamhet. De fick inte de stöd som önskades för att kunna hantera känslor som ångest, nedstämdhet och andra svåra känslor. Patienterna uttryckte en önskan att få information om att svåra och tunga känslor var en del av den normala reaktionen efter en hjärtinfarkt. De trodde att denna information kunde underlätta hanteringen av de känslomässiga reaktionerna och därmed minska risken för depression (Salminen-Tuomaala et al., 2012b). "Why do not professionals tell you about depression? It would be easier to understand your own black and bleak thoughts if they had told you about the risk of getting depressed." (Salminen-Tuomaala et al., 2012b s. 293).

## ***Kravet på livsstilsförändringar***

### **Förväntningar och krav**

En annan erfarenhet som beskrevs var förväntningar och krav på att genomföra livsstilsförändringar efter genomgången hjärtinfarkt. Detta kunde ses som stressande men även motiverande (Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2007, 2008; Yates et al., 2010). Livsstilsförändringar som patienterna förväntades genomföra var att öka sin fysiska aktivitet, ändra kostvanor, sluta röka samt minska stress (Yates et al., 2010). När patienterna lyckades genomföra livsstilsförändringar förbättrades deras välmående och psykiska hälsa (Kristofferzon et al., 2008). Känslor av att misslyckas med livsstilsförändringar minskade välmåendet och den psykiska hälsan (Kristofferzon et al., 2007, 2008).

Patienterna beskrev att brist på stöd från familjemedlemmar, brist på kunskap, sug efter tobak, alkohol och ohälsosam mat försvårade genomförandet livsstilsförändringar. När längtan eller suget blev för starkt upplevdes en rädsla att återfalla i gamla vanor. Detta skapade tankar om att misslyckas vilket sedan minskade välmåendet. En hälsosam livsstil upplevdes som ett krav vilket gjorde att patienterna kände sig fångade och begränsade (Kristofferzon et al., 2007, 2008). Det var en konstant kamp att följa dessa livsstilsförändringar (Andersson et al., 2013). Stressen som uppkom i samband med krav på livsstilsförändringar var något som bidrog till utvecklingen av depression (Yates et al., 2010).

## **Diskussion**

### ***Metoddiskussion***

Sökningarna genomfördes i databaserna Cinahl samt PubMed då till stor del med hjälp av Headings i Cinahl och MeSH-termer i PubMed. I enlighet med Polit och Beck (2012, s. 111-115) användes Headings och MeSH-termer för att konsekvent kunna urskilja och hitta snarlika sökord.

För att undvika att missa vital information vid artikelsökningar användes fritext, detta kan även ha lett till att författarna lyckats finna information på ytterligare en nivå. Sökningarna i Cinahl och PubMed försökte till största del göras med samma eller snarlika sökord. När några av dessa sökningar inte resulterade i nog tillfredsställande träfflista diskuterade författarna vad orsaken kunde vara med de olika söksträngarna och försökte ta det vidare istället för att bara byta eller ändra sökorden. Av de totalt 19 artiklar som inkluderades i studien tillkom två genom manuella sökningar, dessa ansågs av författarna att kunna bidra med stor tyngd och var nödvändiga att ha med i resultatet. Ytterligare sökningar har gjorts i databaserna Cinahl och PubMed, men med otillfredsställande sökresultat. Sökningar i databasen Psycinfo gjordes med motiveringen att arbetet om fattade psykisk ohälsa, dock utan tillfredsställande sökresultat.

För att kunna presentera den senaste forskningen inom området valde författarna att inkludera forskning som publicerats inom de 10 senaste åren. Män eller kvinnor i vuxen ålder som genomgått en hjärtinfarkt samt deras upplevelser av efterförloppet inkluderades.

Valet av att studera vuxna män och kvinnors upplevelser gjordes för att det skiljer sig till stor del från hur exempelvis ett barn skulle drabbas och uppfatta fenomenet. Valet att presentera män och kvinnor som en gemensam patientgrupp kan ha bidragit till att eventuella skillnader mellan de båda könen inte kunnat belysas.

Materialet som inkluderades i studien bestod av både kvalitativa och kvantitativa undersökningar, detta ansåg författarna som en styrka i arbetet när de kvantitativa artiklarna gav en övergripande inblick, medan de kvalitativa artiklarna gav möjligheten att gå djupare och få en tydligare och mer individuell syn på problemet.

Triangulering användes i samband med utvärdering av vetenskaplig kvalitet och analys av materialet. Detta anses vara till hjälp under såväl urval som analysprocess men även stärka trovärdigheten i studiens framkomna resultat och de material som inkluderats (Polit & Beck, 2012, s. 543). Trianguleringen bidrog till minskat forskarbias, detta genom att material som bearbetats under urvals och analysprocessen delats upp mellan de båda författarna. Ett av de krav som ställdes på material som skulle inkluderas i studien var att det fanns någon form av etiskt ställningstagande redovisat. Då artiklar som under granskning inte visade sig ha någon form av etiskt övervägande lade författarna dessa åt sidan och gick tillsammans genom dessa och diskuterade dem. För att kunna inkludera dem när de inte visade något tydligt etiskt ställningstagande fick författarna istället vända sig till huvudkällan där de publicerats. Det blev då istället tidskriften som fick granskas för att kunna garantera att det fanns etiska krav på material som publicerats. När detta säkerstälts kunde författarna avgöra huruvida materialet skulle inkluderas eller inte. Artiklar som tilldelats grad III exkluderades ur studien, detta kan dock ha gjort att information gått förlorad som skulle kunnat bidra till ytterligare kvalitet i arbetet. Detta motiverades med att de artiklar som tilldelades grad III inte ansågs ha tillräckligt hög vetenskapligt kvalitet för att inkluderas i studien.

### **Resultatdiskussion**

I resultatet framkom det att patienternas liv präglades av fysiska symtom som även beskrivs i Smith et al. (2014). De fysiska symtomen gjorde att patienterna kände att de levde i en främmande kropp. En kropp som inte längre gick att lita på skapade ångest hos patienterna.

Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005) beskriver ett likartat fenomen där det psykiska lidandet kunde minskas genom att lära sig och få stöd i hanteringen av fysiska symtom. Att på detta sätt ställas inför att inte längre ha kontroll på sin kropp kan förstås som ett existentiellt problem som drabbar livsvärlden. I enlighet med Dahlbergs livsvärldsteori (2014, s. 65) bör kroppen ses som en del av en helhet och kroppen kan påverka den psykiska, andliga och existentiella delen. Upplevelsen av att kroppen inte längre är densamma kan alltså leda till psykisk påfrestning för patienten. Det finns då en möjlighet för sjuksköterskan att lindra det kroppsliga lidandet och på så sätt lindra en del av själens lidande. Detta innebär att sjuksköterskan har ett ansvar att informera och hjälpa patienten att hantera fysiska symtom. Sjuksköterskan bör utbilda patienten i symtomhantering, i form av medicinering, strategier och praktiska tips för att dessa symtom skall upplevas som mindre påtagliga men framförallt mer hanterbara.

Resultatet visade att närstående var viktiga för att patienterna skulle kunna hantera efterförloppet av hjärtinfarkten. Majoriteten av patienterna beskrev känslan av ett tillfredställande stöd och att det gav dem styrka. Det visade även på att otillfredsställande stöd gav upphov till känslor av ensamhet, tomhet och lidande. Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren och Bergdahl (2005) samt Wingham, Dalal, Sweeney och Evans (2006) beskriver liknande fynd där det sociala stödet upplevdes centralt för att kunna hantera hjärtinfarkten. Det är dock inte bara patienterna som är i behov av stöd, det gäller även de närstående. McLean och Timmins (2007) menar att närstående beskriver att brist på information och kunskap gjorde det svårare att vara ett bra stöd. Närstående beskrev att missförstånd och frustration kunde skapa spänning och osämja. Sett ur livsvärldsperspektivet är människan en social varelse som är beroende av sin omgivning där interaktion är viktigt för att skapa välmående (Dahlberg, 2014, s. 61). Sjuksköterskan bör därför bjuda in patientens närstående i vårdprocessen och ge information anpassad även till dem. Genom inbjudan och bekräftelse så kan sjuksköterskan bidra till att patienten får det stöd som behövs. Med hjälp av kunskapen kan då närstående lättare förstå vad patienten förväntas gå igenom, både kroppslig och själsligt, vilket i sin tur gör det lättare att visa stöd, förståelse samt medmänsklighet.

Resultatet visar att patienterna var tvungna att hantera efterförloppet av hjärtinfarkten vilket även beskrivs av Brink (2009). Detta kan förstås i termer av copingstrategier. Vissa använde sig av en optimistisk attityd för att hantera sjukdomen, andra beskrev att de istället förnekade händelsen och kände sig tunga i sinnet. Påquet, Bolduc, Xhignesse och Vanasse (2005) menar i likhet med denna studies resultat att patienter inte upplevde rehabiliteringsprogram som anpassade efter deras behov, då programmets fokus i hög grad kretsade kring olika livsstilsförändringar. Det patienterna önskade var att fokus skulle ligga på copingstrategier som kunde underlätta hanteringen av sjukdomen och dess konsekvenser. Enligt Dahlberg (2014, s.60, 63-65) ska sjuksköterskan besitta kunskap för att möta varje patient med en utgångspunkt att förstå dennes livsvärld och hur den påverkas av sjukdom. Med detta i åtanke bör rehabiliteringvården efter en hjärtinfarkt innehålla delar som ska stötta patienters möjlighet till sjukdomshantering. Genom ett lyhört arbetssätt för varje patients behov kan sjukdomshantering stärkas. Detta skulle kunna ha bättre effekt på patientens återhämtningsprocess efter en hjärtinfarkt.

Resultatet visade att patienterna upplevde hjärtinfarktsrehabiliteringen som ett standardprogram med avsaknad av individanpassning. Informationen som gavs ansågs god och patienterna menade att sjuksköterskorna visade att de besatt god kunskap. Samtidigt fanns en önskan om mer individanpassad vård, information och praktiska råd, något som stöds av Cobb, Brown och Davis (2006), Hanssen et al. (2005) samt Ostergaard Jensen och Petersson (2002). Resultatet visade också på att rehabiliteringen kunde upplevas kravfylld för många patienter eftersom en stor del av rehabiliteringen gick ut på att förmå dem att förändra sitt liv, då i form av olika livsstilsförändringar. Kraven var för en del patienter motiverande men för andra påfrestande då de kände en förväntan att bli en ny människa. Detta stöds av Condon och McCarthy (2005) samt Kärner et al., (2005) som menar att patienterna kunde uppleva livsstilsförändringar som både krävande och ansträngande. Det kan tolkas som att sjuksköterskorna besatt god kunskap men att bristerna fanns i hur denna kunskap förmedlades och hur rehabiliteringvården var uppbyggd. Hur är det då möjligt att bidra med god information som innebär förändring i människans livsvärld och livsstil? Enligt Britt, Hudson och Blampied (2004) är motiverande samtal ett passande verktyg för att inspirera patienter till livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. Motiverande samtal kan

användas för att patienten själv ska kunna hitta motivationen istället för att sjuksköterskan endast ger information och lämnar patienten i en passiv roll. Ett förslag från vår sida blir då att använda sig av motiverande samtal eftersom det är ett stöd anpassat utifrån ett individperspektiv, som kan skapa möjligheter att ta till sig kunskap och därmed finna den mening och motivation som behövs. Motiverande samtal skulle därmed kunna bli ett lyckat koncept om det används i kombination med livsvärldsperspektivet. Samtalet kan då användas för att förstå patienten och vad som skulle motivera denne samt vilka individuella resurser patienten har att använda sig av. Genom att se patienten i dess livsvärld kan sjuksköterskan uppmuntra till livsstilsförändringar, samtidigt som risken minskar att hon blir en bidragande faktor som kan rubba livsvärlden på ett inte önskvärt sätt. Vidare kan detta resultera i att livsstilsförändringarna blir en del av livet istället för en uppmaning eller ett krav att förändra sig.

I resultatet framkom det att patienternas liv förändrades på grund av hjärtinfarkten. Utmärkande i patienternas berättelser var de starka känslorna som sammankopplades med sjukdomen. Hjärtinfarkten och dess komplikationer innebar psykiska påfrestningar som sedan kunde utvecklas till depression. Enligt Socialstyrelsen (2005) omfattar kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ett ansvar att arbeta preventivt, för att motverka ohälsa och främja hälsa. Arbetet innebär att identifiera hälsorisker, observera försämringar i både fysisk och psykisk hälsa, motivera och informera patienten, vilket i sin tur kan motverka komplikationer i samband med sjukdom. Sjuksköterskan ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov. Hon ska lindra patientens lidande genom att förstå patientens sjukdomsupplevelse och på så sätt ge adekvata åtgärder. Härmed finns en möjlighet för sjuksköterskan, men även ett ansvar att motverka ohälsa. I relation till studiens resultat ses en möjlighet att som sjuksköterska kunna motverka utvecklingen av depression. Med livsvärldsteorin som grund för god omvårdnad så bör det preventiva arbetet bedrivas med den enskilda patientens upplevelse som utgångspunkt.

## **Slutsats**

Denna studies resultat visade att de som drabbats av hjärtinfarkt är relativt nöjda med det stöd och den rehabilitering som de får från sjukvårdens sida. Men det visar sig också att stöd och rehabilitering kan skapa känslor av krav som kan vara svåra att hantera. Den slutsats som kan dras är att vården kan ha svårt att se till varje persons behov, något som resulterar i att information ges på ett likartat sätt till alla utan hänsyn till den enskildes behov och förutsättningar. En bra och personinriktad rehabilitering visade på motsatsen vilket också minskade riskerna för depression. På så sätt har sjuksköterskan ett stort ansvar i det preventiva arbetet för att förhindra depression efter hjärtinfarkt.

Uppfattningen om vad vården efter genomgången hjärtinfarkt skall omfatta skiljer sig markant, sett från sjuksköterskans sida till skillnad från den vård patienten önskar få. Ett behov finns härmed att minska klyftan mellan sjuksköterska och patient. Det krävs därför vidare forskning inom området för att sjuksköterskan skall kunna tillgodose patientens behov av en individanpassad vård.

## **Författarnas tack**

Hjärtligt tack till vår handledare Kristina Eivergård som kommit med bra tips och råd under arbetets gång. Kristina har lyckats driva oss framåt och fått oss att hela tiden vilja prestera bättre. Vi vill även tacka Gertrud Ivarsson som besitter stor kunskap men även har ett enastående engagemang för oss studenter.



## Referenslista

\* Vetenskapliga artiklar som inkluderats i litteraturöversikten.

\*Alsén, P., Brink, E., & Persson, L.-O. (2008). Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 459–468. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04776.

\*Andersson, E., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*, 23(6), 762–772. doi:10.1177/1049732313482049.

\*Barlow, J.H., Turner, A.P., & Gilchrist, M. (2009). A randomised controlled trial of lay-led self-management for Myocardial Infarction patients who have completed cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 293–301. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.02.002

Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., Gerber, Y. (2013). Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction and Their Inverse Associations with Future Health Behaviors and Quality of Life. *The Society of Behavioral Medicine*, 46, 310–321 doi:10.1007/s12160-013-9509-3

\*Bettencourt, N., Dias, C., Mateus, P., Sampaio, F., Santos, L., Adão, L., Mateus, C., Salmoé, N., Miranda, F., Teixeira, M., Simões, L., Ribeiro, V. G. (2005) Impact of cardiac rehabilitation on quality of life and depression after acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24(5), 687-696.

Brink, E. (2009). Adaptation positions and behavior among post-myocardial infarction patients. *Clinical Nursing Research*, 18(2), 119-135. doi:10.1177/1054773809332326

\*Brink, E., Alsén, P., Herlitz, J., Kjellgren, K., & Cliffordson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 17(3), 346–355. doi: 10.1080/13548506.2011.608807

Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*, (53), 147-155. doi:10.1016/S0738-3991(03)00141-1

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad. Studentmaterial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö högskola. Hämtad 2015-04-20, från: [http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/660/rapport\\_hs\\_05b.pdf;jsessionid=8FBAC871FF6532D76464A4DBB56A0825?sequence=1](http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/660/rapport_hs_05b.pdf;jsessionid=8FBAC871FF6532D76464A4DBB56A0825?sequence=1)

Cobb, S. L., Brown, D. J., & Davis, L. L. (2006). Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of the American*

*Academy of Nurse Practitioners*, (18), 31-39.

Condon, C., & MCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37-44.  
doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande* (s. 53-54, 58, 60, 63-65). Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.

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

\*Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., Aarnink, J., van der Heijden, J. D., van Es, S. M., van Herpen, M., & Somsen, G. A. (2009). Cognitive Coping and Goal Adjustment After First-Time Myocardial Infarction: Relationships With Symptoms of Depression. *Behavioral Medicine*, 35(3), 79-86. doi: 10.1080/08964280903232068

Hanssen, T., Nordrehaug, J., & Hanestad, B. (2005). Med 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), 37–44.  
doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001

Haws, J., Ramjeet, J. & Gray, R. (2011). A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3215-3223.

\*Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2006). Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process. *Rehabilitation Nursing*, 31(2), 63-8.

Huffman, J., Smith, F., Blais, M., Beiser, M., Januzzi, J. & Fricchione, G. (2006). Recognition and Treatment of depression and Anxiety in Patients With Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*, 98, 319-324. doi:10.1016/j.amjcard:2006.02.033

\*Johansson Sundler, A., Dahlberg, K., & Ekenstam, C. (2009). The Meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*, 19(3), 375-387. doi:10.1177/1049732309331882

\*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. *Journal of clinical nursing*, 16, 391–401. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x

- \*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. *Nordic College of Caring Science*, 22, 367–375. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x
- Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261–275.
- Lane D., Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. (2000). Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 229-238.
- Larsen, K., Christensen, B., Søndergaard & Vestergaard. (2013). Depressive Symptoms and Risk of New Cardiovascular Events or Death in Patients with Myocardial Infarction: A Population-Based Longitudinal Study Examining Health Behaviors and Health Care Interventions. *PLoS ONE*, 8(9), doi:10.1371/journal.pone.0074393
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping* (s. 141-142). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- \*Leifheit-Limson, E., Reid, K. J., Kasl, S. V., Lin, H., Buchanan, D. M., Jones, P. G., Peterson, P. N., Parashar, S., Spertus, J. A., & Lichtman, J. H. (2012). Changes in social support within the early recovery period and outcomes after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 35-41. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.04.006
- \*Leifheit-Limson, E. C., Reid, Kasl, S. V., Lin, H., Jones, P. G., Buchananm D. M., Parashar, S., Peterson, P. N., Spertus, J. A., & Lichtman, J. H. (2010). The role of social support in health status and depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for a stronger relationship among women. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3, 143-150. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.899815
- Mclean, S., Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *British Association of Critical Care Nurses*, 12(3), 141-150.
- Meijer, A., Conradi, H., Bos, E., Thombs, B., van Melle, J. P., de Jonge, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events : a meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry*, 33, 203–216. doi:10.1016/j.genhosppsych.2011.02.007
- \*Milani, R. V., & Lavie, C. J. (2007). Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *The American Journal of Medicine*, 120, 799-806. doi:10.1016/j.amjmed.2007.03.026
- \*Mittag, O., China, C., Hoberg, E., Juers, E., Kolenda, K.-D., Richardt, G., Maurischat, C., & Raspe, H., (2006) Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up

- intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 295-302.
- Myers, V., Gerber, Y., Benyamini, Y., Glodbourt, U & Drory, Y. (2011). Post-myocardial infarction depression: Increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures — A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 5-10.
- Nielsen, T., Vestergaard, M., Christensen, B., Christensen, K. & Larsen, K. (2013). Mental health status and risk of new cardiovascular events or death in patients with myocardial infarction: a population-based cohort study. *BMJ Open*, (3), doi:10.1136/bmjopen-2013-003045
- Ostergaard Jensen, B., & Petersson, K. (2002). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*. (51)123–131.
- Pâquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., & Vanasse, A. (2005) Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *Journal of Advanced Nursing*, (6), 567–576.
- \*Park, C. L., & Dornelas, E. (2012). Is religious coping related to better quality of life following acute myocardial infarction? *Journal of Religion and Health*, 51, 1337–1346. doi:10.1007/s10943-010-9446-4
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research- Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roebuck, A., Furze, G & Thompson (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794.
- \*Salminen-Tuomala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M. & Paavilainen, E. (2012a). Coping Experiences: A Pathway towards Different Coping Orientations Four and Twelve Months after Myocardial Infarction — A Grounded Theory Approach. *Nursing Research and Practice Article*. doi:10.1155/2012/674783
- \*Salminen-Tuomala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M. & Paavilainen, E. (2012b). Coping-- seeking lost control. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(3), 289-96. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.01.005
- Smith, A., Fortune, Z., Phillips, R., Walters, P., Lee, G., Mann, A., Tylee, A., & Barley, E. (2014). UPBEAT study patients' perceptions of the effect of coronary heart disease on their lives: A cross-sectional sub-study. *International Journal of Nursing Studies*, (51), 1500–1506.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-01-05 från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2007). *Diagnos: Ischemisk kranskärlsjukdom*. Hämtad: 2015-01-19 från [http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/ischemiskkranskarlsjukdom#anchor\\_1](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/ischemiskkranskarlsjukdom#anchor_1)

Socialstyrelsen. (2008). *Kranskärlssjukdom – vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008*. Hämtad: 2015-04-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19657/2015-1-12.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad: 2015-02-25 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12982/folkhalsorapport-2009.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård*. Hämtad: 2015-04-18 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8518/2009-126-93\\_200912693\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8518/2009-126-93_200912693_rev.pdf)

Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., Fauerbach, J. A., Buch, D. E. & Ziegelstein, R. C. (2005). Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction, *Journal of General Internal Medicine*, 21, 30-38. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00269x

\*Uysal, H., & Özcan, S. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 445–453. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02058.x

WHO. (2012). *Depression*. Hämtad 2015-01-05 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Wingham, J., Dalal, H., Sweeney, K., & Evans, P. (2006). Listening to patients: Choice in cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (5), 289-294. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.02.002

Worcester, M. U.C., & Le Grande, M. R. (2008) The role of cardiac rehabilitation in influencing psychological outcomes. *Stress and Health*, 24, 267-277. doi:10.1002/smi.1206

\*Yates, B. C., Kosloski, K., Kercher, K., & Dizona. (2010). Testing a model of physical and psychological recovery after a cardiac event. *Western Journal of Nursing Research*, 32(7), 871-893. doi:10.1177/0193945910362067

Ziegelstein, R., Kim, S., Kao, D., Fauerbach, J., Thombs, D., McCann, U., Colburn, J. & Bush, D. (2005). Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening? *Psychosomatic medicine*, 67(3), 393-7.

Zrinyi, M., & Horvath, T. (2003). Impact of satisfaction, nurse–patient interactions and perceived benefits on health behaviors following a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (2), 159–166.

Zuidersma, M., Ormel, J., Conradi, H. J., & de Jonge, P. (2012). An increase in depressive symptoms after myocardial infarction predicts new cardiac events irrespective of depressive symptoms before myocardial infarction. *Psychological Medicine*, 42, 683–693. doi:10.1017/S0033291711001784

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F: Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

# Bilaga 1

## Bedömningsmall

### Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Koppling till ämnet	Ej koppling	Kopplingar		
Mätinstrument	Ej angivna	Angivna		
Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet.	Analys saknas/ Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frageställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Tolkning av resultatet	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsatser saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

Total poäng max	43	p	p	p	p
Grad 1: 80 %					p
Grad 2: 70 %					%
Grad 3: 60 %					Grad

Titel

Författare

## Bilaga 2

### Bedömningsmall

#### Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet.	Analys saknas/ Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsatser saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

Total poäng max	45	p	p	p	p
Grad 1: 80 %					p
Grad 2: 70 %					%
Grad 3: 60 %					Grad

Titel

Författare



### Bilaga 3

#### Översiktstabell över inkluderade artiklar

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention/Instrument	Deltagare / Bortfall	Analys- metod	Huvudresultat	Studie- kvalitet
Alsén, Brink & Persson (2008). Sverige.	Få djupare förståelse vad fatigue innebär för patienter som nyligen drabbats av hjärtinfarkt och hur de handskas med konsekvenserna.	Kvalitativ design, Intervjuer i hemmet och på sjukhuset. Semi- strukturerade frågor.	Deltagare: 19 Bortfall: 0	Grounded theory (GT)	Kroppslig, kognitiv och affektiv funktions begränsning. Coping i form av vila, planering av aktivitet, distrahera sig själv för att "avleda" fatigue.	Grad I
Andersson , Borglin & Willman (2013). Sverige.	Belysa upplevelsen för människor under 55 år under deras första år efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod Fenomenologisk- Hermeneutisk metod. Ostrukturerade intervjuer med följdfrågor	Deltagare: 17 Bortfall: 22	Fenomenolo gisk- Hermeneuti k analys	Patienterna beskrev att de inte längre vågade lita på sina kroppar vilket skapade rädslor. Patienterna har psykiska och fysiska problem så som sömnsvårigheter, mardrömmar och konstant fatigue vilket har en betydande negativ effekt på deras dagliga liv. Varje dag var det en kamp att följa de hälsosamma livsstilsförändringarna.  Livet efter hjärtinfarkten innehöll överväldigande fysisk och mental fatigue, och den var många gånger omöjlig att hantera. Periodvis kunde fatigue helt kontrollera deras liv vilket ledde till avsaknad av lycka och en känsla av att livet är värdelöst.	Grad 1
Barlow, Turner & Gilchrist (2009). England.	Bestämma effektiviteten av en (EEP) för patienter som har genomfört en hjärtrehabilitering.	Kvantitativ metod. RCT. Rehabiliteringsprogram för Hjärtinfarktpatienter.	Deltagare: 192 Bortfall: 734	ANOVA	I intervjuer beskrivs det att deltagare som deltagit i ett rehabiliteringsprogram är gynnsamt och beskrivs som en god källa till information. Programmet var ett diskussionsforum där patienterna fick träffa individer i samma situation. De beskrevs att programmet gav god information och stöd gällande hantering av psykologiska konsekvenser.	Grad 1

Bettencourt et al. (2005). Portugal.	Att utvärdera effekten av ett hjärtrehabiliteringsprogram på sjukhus gällande aspekten livskvalité och depression i samband med hospitalisering.	Kvantitativ statistisk SF-36 & BDI	Deltagare: 126 Bortfall: 0	chi-square test, fisher's exact test. Student t-test.	Interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen återfanns mindre depressiva symtom, ökad livskvalité, mental hälsa signifikant skillnad.	Grad I
Brink, Alsen, Herlitz, Kjellgren & Cliffordsson (2012). Sverige.	Finna associationer mellan fatigue, sömnrubbnings, självbestämmande och generell livskvalité hos patienter efter hjärtinfarkt	Kvantitativ statistisk SF-36, Karolinska sleep questionnaire, Somtaic complaints questionnaire (SHCQ), Genereal self-efficacy (GSE).	Deltagare: 145 Bortfall: 23	T-test	Generellt självbestämmande stod i positiv relation till fysisk och psykisk livskvalité två år efter hjärtinfarkt.	Grad II
Garnefski et al. (2009). Holland.	Undersöka relationen mellan kognitiva coping strategier, målanpassningsprocesser och depressiva symtom efter första hjärtinfarkten.	Kvantitativ metod HADS, CERQ, MOS-SF 36, PF-10, GOQ.	Deltagare: 139 Bortfall: Ej angivet	Multiple regression analysis (MRA)	Graden av fysisk begränsning, grubbel, katastroftankar och skuld läggande på annat än sig själv leder till mer depressiva symtom. Mål anpassningar, positiv fokusering och förändring till positiva värderingar (olika coping strategier) ger lägre depressiva symtom.	Grad 1
Hildingh, Fridlund & Lidell (2006). Sverige.	Belysa återhämtningsmönster efter hjärtinfarkt med synpunkter från patienternas upplevelser.	Kvalitativ design Innehållsanalys Ostrukturerade intervjuer med följdfrågor.	Deltagare: 16 Bortfall: 0	Innehållsanalys	Patienter ansåg att familj, vänner kollegor var viktiga för återhämtningen. De kände acceptans och förståelse. Deras välmående ökade när deras partner lät dem att koppla av. En ömsesidig respekt gav en känsla av delad börda. Brist på bekräftelse beskrevs när familjen inte förstod deras sårbarhet och brist på styrka.	Grad 2

Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam (2009). Sverige.	Utforska betydelsen av nära relationer och sexualitet för kvinnors hälsa och välmående efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ design. Fenomenologisk metod Semistrukturerade intervjuer	Deltagare: 10 Bortfall: 0	Fenomenologisk analys	Efter en hjärtinfarkt så är nära och meningsfulla relationer viktiga och bidrar med glädje, energi, välmående, och hälsa. Frånvaro av nära relationer leder till känslor av ensamhet, tomhet och lidande.	Grad 1
Kristofferzon, Löfmark & Carlsson. (2007a). Sverige.	Beskriva upplevelser av det dagliga livet för kvinnor och män efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod, deskriptiv och retrospektiv design. Innehållsanalys Semistrukturerade intervjuer	Deltagare: 39 Bortfall: 0	Innehållsanalys	Livsstilsförändringarna som patienterna förväntades göra är att äta nyttigare, sluta röka, dricka mindre och röra på sig mer. Svårigheter med livsstilsförändringar uppstod eftersom deltagarna hade för lite kunskap, låg motivation och starka sug. Svårigheterna ledde till att deras välmående sänktes och deras psykiska hälsa försämrades.	Grad 1
Kristofferzon, Löfmark & Carlsson. (2008). Sverige.	Beskriva upplevelser av det dagliga livet för män och kvinnor de första 4-6 månaderna efter hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod, deskriptiv och retrospektiv design. Innehållsanalys Semistrukturerade intervjuer	Deltagare: 39 Bortfall: 1	Innehållsanalys	Förlorad energi i vardagen, självskuld och oro för att drabbas av en ny hjärtinfarkt skapade irritation, rastlöshet, gråtmildhet och depression. Patienterna kände sig värdelösa, bortglömda och oroliga vilket kunde relaterats till deras fysiska nedsättningar. Vissa kämpade med sina livsstilsförändringar och kände sig begränsade av de hälsosamma livsstilsförändringarna. De kände sug efter de olika sakerna de gett upp vilket skapade rädsla och oro för att inte klara av att fortsätta leva hälsosamt. De ledde till en försämrad psykisk hälsa.  Att lyckas med sina livsstilsförändringar leder till ökad psykisk hälsa. Känslor av att få börja ett nytt liv och ha kontroll över situationen skapade välmående och lycka.	Grad 1

Leifheit-Limson et al. (2012). USA.	Undersöka förändringar i socialt stöd under den tidiga återhämtningen efter en akut hjärtinfarkt och avgöra om dessa förändringar påverkar resultatet under första året.	Kvantitativ metod, prospektet longitudinell studie. ESSI, SAQ AF, SAQ QoL SF-12 PCS, SF-12 MCS, och PHQ-9	Deltagare: 1951 Externt bortfall: (17) Internt bortfall: (530)  Deltagare: 1951 Bortfall: 547	Pearson chi square-test	Patienter som har försämrat socialt stöd har lägre sjukdomsspecificerad livskvalitet, lägre generell psykisk och mental funktion och mer depressiva symtom. Patienter med ökat socialt stöd har bättre sjukdomsspecificerad livskvalitet, högre mental funktion och mindre depressiva symtom.	Grad 1
Leifheit-Limson et al. (2010). USA.	Lägre socialt stöd associeras med sämre kontroll över angina, sjukdomsspecifik livskvalité, generell fysisk och mental funktion & depressiva symtom. Även att detta skiljer sig bland könen.	Kvantitativ statistisk ENRICHD (enhancing recovery in coronary heart disease) SAQ (seattle angina questionnaire) PCS (physical component summary) PHQ-9 (primary care evaluation of mental disorders patient health questionnaire)	Deltagare: 2411 Bortfall: 87	Pearson $\chi^2$ , Fisher exact test.	Patienter med lägre socialt stöd har större sannolikhet att drabbas av sänkt livskvalité, generell fysisk och mental funktion och ökade depressiva symtom. Kvinnor har hade sämre hälsostatus, & mer depressiva symtom.	Grad II
Milani & Lavie. (2007). USA.	Studera effekten av rehabilitering på depressiva symtom och efterföljande långtidsdödlighet, samt utvärdera samband mellan motion och fitness.	Kvantitativ statistisk Retrospektiv. Kellner symptom questionnaire. Medical outcomes short form.	Deltagare: 701 Bortfall: 0	Student t-test, logistisk regressions analys, statistisk överlevnads analys	Signifikant lägre andel deprimerade patienter i interventionsgruppen under/efter rehabilitering.	Grad I

Mittag et al (2006). Tyskland.	Undersöka effekten av ett sjuksköterskelett preventionsprogram för patienter efter en akut hjärtinfarkt.	Kvantitativ metod, Prospektiv RCT, Sjuksköterskelett telefonkontakt för att förbättra hälsan hos hjärtinfarktpatienter. Innehållande rådgivning	Deltagare: 343 Bortfall: 55	MannWhitney U-test. McNemar X2, Pearson X2, independent t-test	Det är för patienter gynnsamt att få ta del av ett stödprogram eftersom det ökar hälsorelaterad livskvalitet och förbättrar psykisk status.	Grad 1
Park & Dornelas (2012). USA.	Om positiv eller negativ religiös coping påverka patienten till att utveckla depressiva symtom.	Kvantitativ metod, CES-D, ENRICH social support inventory. BMMR/S.	Deltagare: 56 Bortfall: 14	Longitudinell multiple regression analysis	Religiös coping är att lita på guds kärlek, söka stöd från församlingsmedlemmar när det är en stressad situation, söka andligt stöd och genomföra religiösa omvärderingar. Religiös copingen kan också vara att ha en störd relation till sin Gud och kan vara att ifrågasätta Guds existens, känna sig bortglömd eller övergiven av Gud eller känna en ilska till Gud för att han har låtit hemska saker inträffa. Den religiösa coping är associerat med högre nivåer av depressiva symtom.	Grad 1
Salminen-Tuomaala Ålstedt-Kurki, Rekoaro & Paavilainen. (2012a). Finland.	Att skapa en teori om hjärtinfarktpatienters coping.	Kvalitativ metod Grounded theory (GT) Semistrukturerade intervjuer	Deltagare: 28 Bortfall: 0	Grounded theory.	<p>Patienter beskrev att det var nödvändigt att ha en optimistisk attityd för att undvika att känna hopplöshet och bli deprimerade. Det beskrev att det var tvungna att acceptera hjärtinfarkten som en del av livet och att de var tunga att hantera att det hänt. De kunde få ett nytt sätt att se på livet, mening och värderingar vilket påverkade dem positivt.</p> <p>Patienter med förnekade allvaret i situationen och kämpade med det vardagliga livet. Närvaro av fysiska symtom skapade starka känslor av rädsla och stress och kände att symtomen begränsade deras liv. Många kände sig både fysisk och psykisk utmattade vilket ledde till hopplösa tankar och depression.</p>	Grad 2
Salminen-Tuomaala Ålstedt-Kurki, Rekoaro & Paavilainen. (2012b). Finland.	Beskriva faktorer som påverkar patienters coping med akut hjärtinfarkt under sjukhustiden.	Kvalitativ metod Grounded theory Semistrukturerade intervjuer	Deltagare: 28 Bortfall: 0	Grounded theory	Patienter som har goda emotionella, kognitiva och fysiska coping resurser kunde upprätthålla gott självförtroende, känsla av normal tillstånd och en emotionell balans. De kunde uttrycka sina funderingar och känslor, söka information och acceptera stöd. Upplevelser som skrämmer, känslor av förlorad kontroll, kränkning av det personliga rummet och fysiska begränsningar resulterade i brist på lycka i livet och depression.	Grad 1

Uysal & Özcan (2012). Turkiet.	Identifiera effekten av ett individuellt tränings och rådgivningsprogram för patienter som upplevt MI över patientens livskvalité.	Kvantitativ statistisk MIDAS & patient informations formulär.	Deltagare:9 0 Bortfall: 0	Paired student t-test, Mann-Whitney U test.	Signifikant skillnad mellan kontroll och interventionsgrupp gällande livskvalité/fysisk aktivitet/mindre midjemått/lägre BMI sett från base-line till 3 månader.	Grad I
Yates, Kosloski, Kercher & Dizona. (2010). USA.	Undersöka effekten av sjukdomsrelaterad stress, emotionellt och handgripligen stöd från en partner och informellt stöd från vårdare på fysiskt och psykisk återhämtning för hjärtinfarktpatienter .	Kvantitativ metod, VAS, CES-D. Återhämtning och psykisk återhämtning mättes.	Deltagare:220 Bortfall: Ej angivet	Chi-square	Hög nivå av stöd från partner ger mindre depressiva symtom. Lågt emotionellt stöd från partnern ger mer depressiva symtom. Den kroppsliga återhämtningsprocessen påverkar patientens mentala hälsa genom att sämre kroppslig återhämtning ger mer depressiva symtom. Hög sjukdomsrelaterad stress gav mer depressiva symtom. Sjukdomsrelaterad stress var upplevda svårigheter av livsstilsförändringar, temporära förändringar av de vanliga familjerollerna och att hantera osäkerheten med att ha en kronisk sjukdom.	Grad 1