

Institutionen för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Termin 6, år 2008

Patientens omvårdnadsbehov under rehabilitering efter en hjärtinfarkt

En systematisk litteraturstudie

Författare
Ivhed Kristofer
Persson Niclas

Handledare
Ewalds-Kvist Béatrice

Examinator
Leksell Janeth



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete
2008-12-19

Department of Health and Social Sciences

Essay Course – Nursing

Undergraduate level II, 16 ECTS - credits

Term 6, year 2008



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Patients' Need for Nursing Treatment during Rehabilitation Following Myocardial Infarction

A systematic literature review

Authors
Ivhed Kristofer
Persson Niclas

Supervisor
Ewalds-Kvist Béatrice

Examiner
Leksell Janeth

Högskolan Dalarna
Examensarbete
2008-12-19



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Rapport 2008-12-19

ISBN

ISSN

SAMMANFATTNING

Föreliggande systematiska litteraturstudie syftade till att samla information, som kan hjälpa sjuksköterskan att få insyn i patientens omvårdnadsbehov under rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt. Sexton vetenskapliga artiklar valdes ut via fulltextdatabasen ELIN (Electronic Library Information Navigator) för vidare granskning. Sökorden **cardiac***, **rehab*** AND **nurs*** användes. Litteratururvalet till resultatet utfördes genom att läsa titlar, abstrakt och sedan utfördes en kvalitetsgranskning av artiklarna efter granskningsmallar med 28 bedömningskriterier. Omvårdnadsbehoven som framkom vid artikelgranskningen evidensgraderades med hjälp av en graderingsskala modifierad efter Bahtsevani. Resultatet visade att omvårdnadsbehoven *psykiskt stöd vid oro och depression, kontinuerlig kontakt med vården, individanpassad rehabilitering, information om riskreducerande åtgärder, stöd i allmänhet samt motivation för rehabilitering* var de omsorgsanspråk, som studien fann evidens för. Av dessa omvårdnadsbehov hade *kontinuerlig kontakt med vården* och *individanpassad rehabilitering* ej uppmärksammats i större grad i tidigare forskning. Resultatet diskuterades utifrån Dorothea Orem's humanistiska behovsteori där omvårdnadsbehoven ställdes i relation till patientens faktiska egenvårdsförmåga. Med hjälp av föreliggande studies resultat i kombination med Dorothea Orem's omvårdnadsteori så kan sjuksköterskan skapa en förbättrad rehabiliteringsplan.

Nyckelord: *Dorothea Orem, Hjärtinfarkt, Omvårdnad, Rehabilitering, Systematisk litteraturstudie*

Keywords: *Dorothea Orem, Literature Review, Myocardial Infarction, Nursing, Rehabilitation*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING

1.1 Ateroskleros.....	1
1.2 Definitioner.....	2
1.3 Vård vid hjärtinfarkt.....	2
1.4 Omvårdnadsteoretisk referensram.....	3
1.5 Problemformulering.....	4
1.6 Syfte.....	5
1.6.1 <i>Frågeställning</i>	5

2 METOD

2.1 Design.....	5
2.2 Urval av litteratur.....	5
2.3 Analys.....	5
2.3.1 <i>Inklusionskriterier</i>	
2.3.2 <i>Exklusionskriterier</i>	
2.4 Datainsamlingsmetod.....	6
2.5 Tillvägagångssätt.....	6
2.6 Evidensgraderingsmetod.....	6
2.7 Etiska överväganden.....	6

3 RESULTAT

3.1 Huvudresultat.....	8
Tabell 1.....	8
3.1.1 <i>Resultat med starkt vetenskapligt underlag</i>	
3.1.2 <i>Resultat med måttligt vetenskapligt underlag</i>	
Tabell 2.....	11

4 DISKUSSION

4.1 Sammanfattning av huvudresultat.....	12
4.2 Resultatdiskussion.....	12
4.2.1 <i>Psykiskt stöd vid oro och depression</i>	
4.2.2 <i>Kontinuerlig kontakt med vården</i>	
4.2.3 <i>Individanpassad rehabilitering</i>	
4.2.4 <i>Information om riskreducerande åtgärder</i>	
4.2.5 <i>Stöd i allmänhet</i>	
4.2.6 <i>Motivation för rehabilitering</i>	
4.3 Metoddiskussion.....	16
4.4 Omvårdnadsteoretisk diskussion.....	17
4.5 Studiens kliniska betydelse.....	17
4.6 Förslag till vidare forskning.....	18
4.7 Konklusion.....	18

5 REFERENSER

5.1 Litteraturförteckning.....	19
--------------------------------	----

6 BILAGOR

6.1 BILAGA I.....	22
6.2 BILAGA II.....	23
6.3 BILAGA III.....	24
6.4 BILAGA IV.....	25
6.5 BILAGA V.....	26
6.6 BILAGA VI.....	27

1 INLEDNING

Hjärt- och kärlsjukdomar är lika vanliga hos män som hos kvinnor även om kvinnor oftast insjuknar 7 till 8 år senare än män (Wernersson-Lindgren, 2008). I Storbritannien dör 135 000 personer i hjärtsjukdomar per år vilket innebär att öriket har ett av de högsta dödsantalen i världen på grund av dessa sjukdomar. I samma land diagnostiseras varje år 300 000 nya fall av kärlekskramp i hjärtat (Hatchett & Thompson, 2002). I Sverige uppgick år 2003 hjärtinfarktens antal till 42 000 (Ericson & Ericson, 2008). Här lever cirka 12 % av befolkningen med hjärt- och kärlsjukdom (Hont, Höglund & Klettner, 2007). Ateroskleros är orsaken till de allra flesta hjärtinfarktarna (Grefberg & Johansson, 2007).

1.1 Ateroskleros

Hjärtinfarkt föregås av ateroskleros, som är en progressiv inflammatorisk sjukdom och som karaktäriseras av ackumulering av lipider, infiltrerade celler och fibrösa komponenter i de stora artärerna. Den aterosklerotiska processen involverar endotelceller, T-celler, makrofager och den glatta muskulaturens celler (Wågsäter, 2005). Aterosklerosackumuleringen leder till kärllförträngning (Ericson & Ericson, 2008). Blodtrycket kan orsaka för hög spänning mot förträngningen, som kan brista och leda till skada i kärlväggen. Trombocyterna bildar en tromb för att läka endotelskadan och täpper då till det drabbade kärlet (Hedner, 2007). Riskfaktorer för ateroskleros och därmed hjärtinfarkt utgörs av hypertoni, hyperlipidemi, rökning, diabetes, bukfetma, negativa psykosociala faktorer samt överdrivet intag av alkohol. Skyddsfaktorer inbegriper konsumtion av frukt och grönsaker samt fysisk aktivitet (Grefberg & Johansson, 2007). Hjärtinfarkt förorsakas med andra ord av en tromb, rupturerat aterosklerotiskt plack eller kärllspasm, vilka tillstånd leder till lokal syrebrist (Grefberg & Johansson, 2007; Hedner, 2007). Den syrebrist som uppstår skadar hjärtat mera ju längre tid den pågår och skadan övergår till att bli irreversibel då den drabbade delen av hjärtat går i nekros (Olendorf, Jeryan & Boyden, 1999). Vidare är ett vanligt förekommande symtom vid hjärtinfarkt kärllkramp, som upplevs som bröstsmärta, ofta med utstrålning i käke och vänster arm. Dessutom förekommer ångest, illamående, kallsvettighet och andfåddhet. De fyra sistnämnda symptomen är vanligare hos kvinnor än hos män (Ericson & Ericson, 2008). Smärtpåverkan är individuell och lokaliseringen kan variera. Smärtan är inte heller ett säkert symtom på hjärtinfarkt och kan saknas, speciellt hos diabetiker (Hedner, 2007).

1.2 Definitioner

Hjärtinfarkt uppstår då hjärtmuskelvävnad dör till följd av strypt syretillförsel till en specifik del av hjärtmuskulaturen. Skadan karakteriseras av kraftig bröstsmärta. Skademekanismen kan även kallas för ”hjärtattack” (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008).

Rehabilitering innebär att hjälpa en person att uppnå så hög grad av funktion, självständighet och livskvalitet som möjligt. Begreppet rehabilitering kommer från latinets ”re” ”åter” och ”habilitas” som betyder ”att göra möjligt” (Utmhealthcare.org, 2008).

1.3 Vård vid hjärtinfarkt

Den primära diagnostiseringen vid en hjärtinfarkt består av anamnes, EKG samt blodprov för bestämning av så kallade hjärtmarkörer (kreatinin, LDH, troponin-t & myoglobin) som visar sig vid vävnadsskada på hjärtat (Hatchett & Thompson, 2002). Vid misstänkt hjärtinfarkt och efter eventuell behandling övervakas patienten med telemetri, vilket innebär att patienten har en sändare på sig som kontinuerligt skickar trådlösa EKG-signaler till en övervakningsutrustning (Grefberg & Johansson, 2007). Andra vitala funktioner som övervakas är pulsoxymetri, cyanos, andningsfrekvens, halsvener, kallsvettighet, blodtryck, bensvullnad, urinmängd samt kroppstemperatur. Detta görs för att undersöka om komplikationer har uppstått till följd av hjärtinfarkten, såsom hjärtsvikt, lungödem eller försämrad klafffunktion (Ericson & Ericson, 2008). Behandling av en hjärtinfarkt utförs genom defibrillering, medicinering, Percutan Coronar Intervention (PCI), Coronary Artery Bypass Grafting (CABG). Syrgas används för att underlätta andningen och för att avlasta hjärtat (Olendorf, Jeryan & Boyden, 1999). Den vanligaste behandlingen vid en infarkt är PCI, eller ”ballongsprängning”. Vid en PCI undersöks hjärtats kranskärl med kontraströntgen (Kranskärlsmottagningen, Universitetssjukhuset, Örebro, 2006). Den opererande läkaren för in en kateter via handleden eller ljumsken och vidare till hjärtat. Röntgenkontrast spolats med hög hastighet in i blodomloppet och på detta sätt kan man lokalisera förträngningen i hjärtat och med kateterns hjälp blåsa upp en liten ballong för att öppna upp kärlet igen (Cardiologiska Kliniken, Falu Lasarett, 2008). Antikoaguleringsmediciner (till exempel Waran®, Trombyl® och Plavix) förhindrar uppkomsten av en ny hjärtinfarkt (Olendorf, Jeryan & Boyden, 1999). Ytterligare medicinering som förebygger en ny hjärtinfarkt är statiner, för att sänka blodfettnivåerna (till exempel Simvastatin), betablockerare som motverkar hög pulsfrekvens (till exempel Seloken®) samt ACE- eller ABB-hämmare som sänker ett för högt blodtryck (till exempel Enalapril), (Wernersson-Lindgren, 2008).

Redan ett dygn efter hjärtinfarkten kan patienten börja mobiliseras och aktivitetsgraden ökas successivt enligt patientens individuella förmåga (Ericson & Ericson, 2008). Det är inte riskabelt för patienten att företa fysisk ansträngning men ansträngningen avslutas omedelbart om symtom såsom andfåddhet, trötthet eller bröstsmärta uppstår (Hedner, 2007). Preventiva livsstilsförändringar rekommenderas och innebär att äta rätt, motionera regelbundet, hålla en hälsosam vikt, inte röka, minska alkoholintaget, kontrollera blodtrycket och försöka hantera stressen (Olendorf, Jeryan & Boyden, 1999). Efter en hjärtinfarkt är en krisreaktion en vanlig följd efter det trauma som har inträffat. Samtalsterapi och krisbearbetning förebygger depressioner som annars är vanliga efter en hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2008). Tapp (2004) skriver att de livsstilsförändringar som bör genomföras efter en hjärtinfarkt kan skapa oro och depression, men samtidigt nyvunnen entusiasm och glädje över att ha fått en chans till i livet. Personer som visar depressiva symtom bör snabbt få diagnos och behandling (Wernersson-Lindgren, 2008). I Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) står det att: *”Syftet med omvårdnaden är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död”* (Raadu, 2007, s 357). Enligt Dorothea Orems omvårdnadsteori skall sjuksköterskor använda sig av fem olika typer av hjälpmetoder för att öka patientens förmåga att ta hand om sig själv (Orem, 2001). En lista över dessa hjälpmetoder återfinns i BILAGA IV. I omvårdnadsarbetet (SOSFS 1993:17) skall sjukvårdspersonalen tillsammans med patienten och eventuella anhöriga upprätta mål för att främja fysisk, psykisk, social och andlig hälsa (Raadu, 2007). Patienten skall efter hjärtinfarkten delta i ett rehabiliteringsprogram där hon/han får information om livsstilsförändringar samt bereds möjlighet att träna i särskilda hjärtinfarktgrupper (Wernersson-Lindgren, 2008). I Australien var deltagandet i ett sådant rehabiliteringsprogram endast 35.6 %, vilket inte kan hållas för bra (Fernandez, Salamonson, Griffiths, Juergens & Davidson, 2008). Fridlund (2002) hävdar att sjuksköterskan spelar en optimal roll i rehabiliteringen av patienter som drabbats av hjärtinfarkt då hon fungerar som ”spindeln i nätet”. Hon fungerar som en flexibel kunskapskälla dit patienten kan gå för att få råd, undervisning, vägledning och stöd.

1.4 Omvårdnadsteoretisk referensram

Dorothea Orems (2001) humanistiska behovsteori behandlar patientens egenvårdsförmåga i relation till hans/hennes egenvårdsbehov och –kapacitet. Målet för omvårdnaden är att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet i egenvården (Meleis, 2007). Teorin består av a. *egenvårdsförmåga*, b. *egenvårdsbehov* och c. *egenvårdskapacitet* (Orem, 2001). Enligt Orem är

en individs egenvårdsförmåga nödvändig för att kunna tillgodose egenvårdsbehoven (Meleis, 2007). Orems klassificering av egenvårdsbehov finns i BILAGA III. Är egenvårdsförmågan mindre än egenvårdsbehovet är patienten i behov av vård (Thorsén, 1992). En del av människans lärdom om livet och om egenvårdsförmågan är enligt Orem att lära sig av de fallgropar som livet erbjuder (Cavanagh, 1992). När det förekommer en diskrepans mellan patientens egenvårdsförmåga och egenvårdsbehov kan sjuksköterskan påverka denna genom att minska individens egenvårdsbehov och öka individens egenvårdsförmåga genom att ta vara på individens egna resurser samt tillskjuta kompenserande faktorer till exempel genom att hänvisa till olika vårdinsatser eller tillhandahålla tekniska hjälpmedel (Thorsén, 1992). En av sjuksköterskans uppgifter blir att öka patientens egenvårdsförmåga med stöd och undervisning för att patienten skall kunna tillgodose sina egenvårdsbehov (BILAGA IV). Sjuksköterskan bör även skapa en god relation till patient och anhöriga för att kunna svara på hälsorelaterade frågeställningar och förse behövande med information (Cavanagh, 1992). Det bör göras en ingående utredning om vad som kan och skall förändras i patientens tillvaro för att kunna planera för egenvården (Denyes, Orem & SozWiss, 2001). Patientens familj är en resurs att använda för att lösa patientens egenvårdsbehov. Interaktionen mellan patient och familjemedlemmar och den upplevda kvaliteten av denna växelverkan har betydelse för hela familjens välmående och helhet (Taylor, 2001). Den tredje delen av Orems teori behandlar egenvårdskapaciteten, som innefattar hur mycket en person klarar av av sin egenvård beroende på ålder, hälsotillstånd, kunskaper, utbildning, livserfarenhet, kulturmönster och resurser (Orem, 2001). Enligt Orems teori är sjuksköterskans uppgift inte bara att skapa egenvård så att patienten klarar sjukdomen, utan även erbjuda patienten förståelse för preventiv egenvård, som förebygger sjukdomar och upprätthåller god hälsa (Cavanagh, 1992). Det finns praktiska skäl till att utveckla och organisera kunskap om egenvårdsbehovet och om processen att uppnå resultat i detta behov. Ett av syftena är att tillhandahålla lekmän och sjukvårdspersonal modeller att använda i praktiken (Denyes, Orem & SozWiss, 2001). Modellerna behövs för att klargöra vilka patientbehov som sjuksköterskan måste svara på och vad patienter som är oförmögna till egenvård måste göra för att ändra på sakernas tillstånd (*ibid.*).

1.5 Problemformulering

Hjärtinfarkt är ett folkhälsoproblem som i efterhand kan leda till många följsjukdomar. Att rehabilitera dessa patienter så att risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt minskar och påverkan av följsjukdomarna reduceras är av stor vikt för sjukvården, både kostnadsmässigt och med tanke på patienternas lidande. Skribenternas önskan och syfte med föreliggande studie är att lyfta

fram de behov som patienterna har och känner under rehabilitering efter en hjärtinfarkt och skapa ett underlag för tänkande kring rehabiliteringsprocessen.

1.6 Syfte

Syftet med föreliggande studie var att samla information som kan hjälpa sjuksköterskan att få insyn i patientens omvårdnadsbehov under rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt.

1.6.1 Frågeställning

Vilka omvårdnadsbehov finns hos patienter under rehabilitering efter en hjärtinfarkt?

2 METOD

2.1 Design

Föreliggande arbete genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Detta innebär att litteraturen som ingår i denna studie är kvalitetsbedömd enligt kriterier och granskningsmallar modifierade efter förlagor av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Bahtsevani och Stoltz (2006), (BILAGA I & II).

2.2 Urval av litteratur

Urvalet av litteratur skedde på Högskolan Dalarnas bibliotek där vetenskapliga artiklar söktes. Electronic Library Information Navigator (ELIN) är ett paraply-databassystem som sammanlänkar andra stora databaser. Sökningen skedde via de fulltextdatabaser som ELIN täcker. Både artiklar med kvantitativ och kvalitativ ansats valdes. Kvalitetsbedömningen av artiklarna gjordes med granskningsmallar med på förhand fastställda kriterier som modifierats efter förlagor av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Bahtsevani och Stoltz (2006). De nämnda bedömningskriterierna återfinns som BILAGA I och II. Sökstrategin, valda sökord, antal sökträffar, lästa abstrakt, lästa artiklar, artiklar som användes i resultatet och de använda artiklarnas kvalitet beskrivs i Figur 1.

2.3 Analys

2.3.1 Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna omfattade patienter som drabbats av en hjärtinfarkt och som genomgår rehabilitering för denna. Innehållet i artiklarna beskrev patienternas situation och behov under rehabilitering efter en hjärtinfarkt. Både patienternas och sjuksköterskans syn på rehabiliteringen

svarade mot studiens syfte. Artiklarna var publicerade mellan åren 1999 – 2009 för att inkludera färsk forskning och vetande inom detta ämne. Av språkliga skäl och ELINs utformning användes enbart artiklar skrivna på engelska. Både artiklar med kvantitativ eller kvalitativ ansats medtogs.

2.3.2 Exklusionskriterier

I ett första exkluderingsurval utgick posters, översiktsartiklar, populärvetenskapliga artiklar, dubletter, liksom artiklar som inte gick att erhålla i elektroniskt format eller genom handledare. I ett andra exkluderingsurval uteslöts artiklar som ej uppfyllde 60 % av de 28 kvalitetskriterier som ingick i angivna granskningsmallar. Artiklar med evidensgrad 3 och 4 enligt graderingsskalan i BILAGA V exkluderades i resultatet.

2.4 Datainsamlingsmetod

Strategin för sökande och insamlandet av vetenskapliga artiklar i föreliggande systematiska litteraturstudie visas i Figur 1.

2.5 Tillvägagångssätt

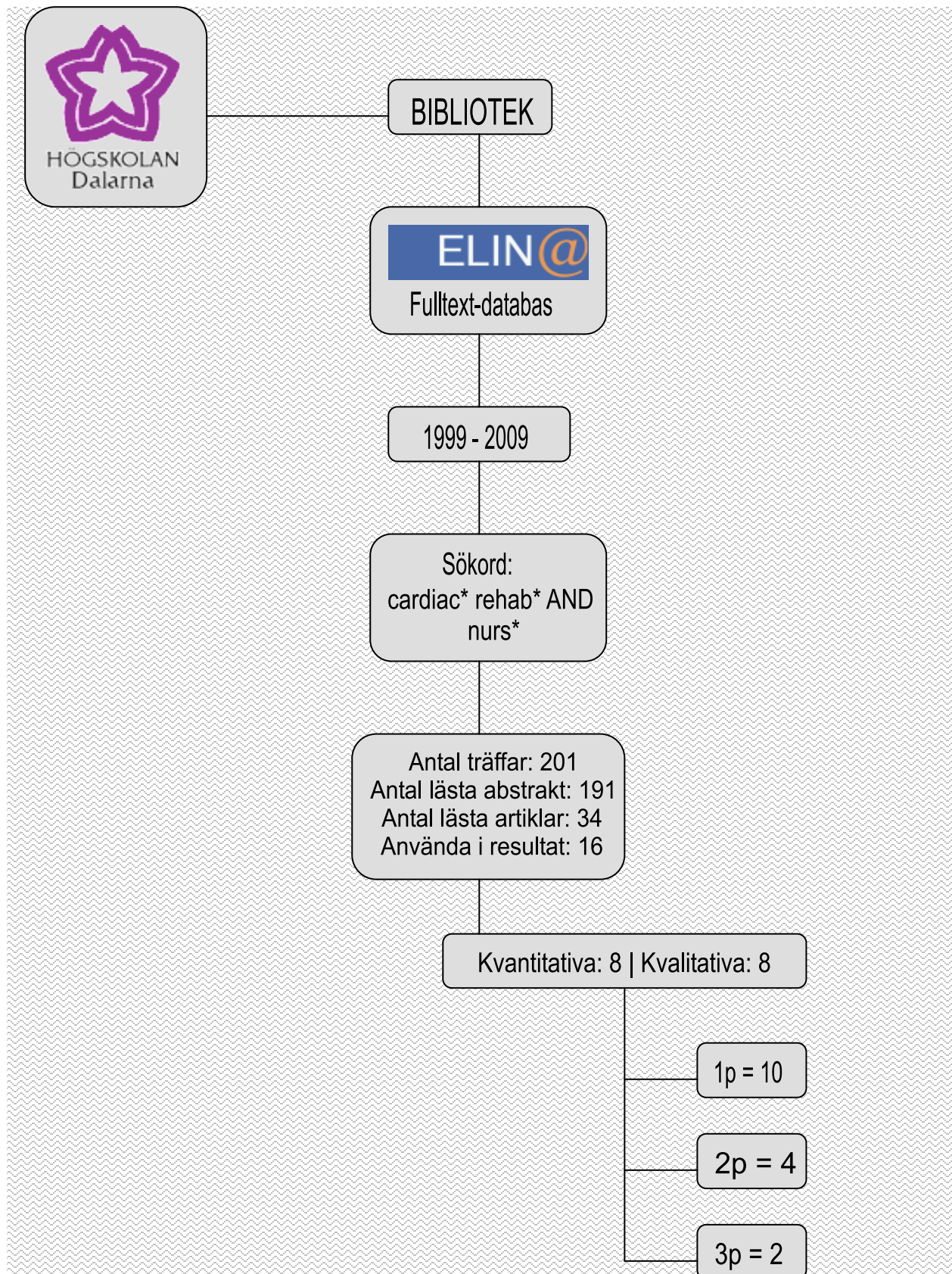
Sökorden valdes utifrån studiens syfte. Sökorden bestod av **cardiac***, **rehab*** AND **nurs***. Med dessa sökord inhämtades relevanta artiklar för denna studie. Antal träffar blev 201 stycken. Sällningen av de artiklar, som erhöles med hjälp av sökorden, skedde genom läsning av titlar samt abstrakt, för att se om dessa sammanföll med studiens syfte. Antal lästa abstrakt var 191 stycken. Inalles 34 stycken fulltextartiklar valdes ut för vidare kvalitetsgranskning. Artiklarna granskades med mallar modifierade efter förlagor av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Bahtsevani och Stoltz (2006). Utav de 34 artiklarna som sållats ut valdes 16 stycken för användning i studiens resultat.

2.6 Evidensgraderingsmetod

De omvårdnadsbehov som framkom efter kvalitetsgranskning av utvalda artiklar i föreliggande studie evidensgraderades enligt Bahtsevanis (2008) rekommendationer (BILAGA V).

2.7 Etiskt övervägande

Avsikten i föreliggande systematiska litteraturstudie var att skribenterna skulle förhålla sig objektiva till vald litteratur och studiernas resultat. En viss subjektivitet kan ha påverkat valet av de artiklar som ingår i denna studies resultat. Utifrån skribenternas individuella tolkningsförmågor redovisas resultaten dock så trovärdigt som detta låter sig göras.



Figur 1. Sökstrategier för urvalet av artiklar till resultatet. Endast 1p erhöLL vid kvalitetsbedömningen de artiklar som fyllde 60 %, 2p de som motsvarade 80 % och 3p de som uppfyllde minst 90 % av de 28 kvalitetskriterierna.

3 RESULTAT

3.1 Huvudresultat

Syftet med denna studie var att samla information som hjälper sjuksköterskan att få insyn i patientens omvårdnadsbehov under rehabiliteringen efter hjärtinfarkt. Efter artikelgranskning befanns de främsta omvårdnadsbehoven hos patienter som genomgår rehabilitering efter en hjärtinfarkt vara *psykiskt stöd vid oro och depression (III)*, *kontinuerlig kontakt med vården (VII)* och *individanpassad rehabilitering (XI)*. Dessa omvårdnadsbehov har bestämts till evidensgrad 1 (starkt vetenskapligt underlag), (tabell 1 & 2).

Tabell 1. Omvårdnadsbehov hos patienter under rehabilitering efter en hjärtinfarkt.

<i>Symbol¹</i>	<i>Omvårdnadsbehov under rehabilitering efter en hjärtinfarkt</i>	<i>N/16 artiklar</i>	<i>%</i>	<i>Evidensgrad²</i>
I	Information om riskreducerande åtgärder (träning, rökning, diet)	9	56 %	2
II	Önskan om ökad livskvalitet	3	19 %	4
III	Psykiskt stöd vid oro och depression	9	56 %	1
IV	Stöd i allmänhet	8	50 %	2
V	Motivation för rehabilitering	8	50 %	2
VI	Information om anatomi och fysiologi	4	25 %	3
VII	Kontinuerlig kontakt med vården	6	38 %	1
VIII	Information om mediciner	4	25 %	3
IX	Hjälp med stresshantering	5	31 %	3
X	Stöd från familj	3	19 %	3
XI	Individanpassad rehabilitering	5	31 %	1

¹ BILAGA VI ² Omvårdnadsbehov med evidensgrad 3 (begränsat vetenskapligt underlag) och evidensgrad 4 (otillräckligt vetenskapligt underlag) inkluderas ej i resultatet (evidensgraderingsskala, BILAGA V).

3.1.1 Resultat med starkt vetenskapligt underlag

Omvårdnadsbehovet *psykiskt stöd vid oro och depression (III)*; tabell 1 & 2) tas upp av Bergman och Berterö (2001) och Pâquet, Bolduc, Xhignesse och Vanasse (2005) (tabell 2 & BILAGA VI). Bergman och Berterö (2001) skrev att patienterna beskrev en oro inför framtiden och en sorg över förlorad hälsa. Patienterna hade en känsla av förvirring, sorg och att livet aldrig kommer bli detsamma. Många beskrev också en rädsla inför nya hjärtinfarkter och inför döden. Patienter med psykisk ohälsa visade liten följsamhet gällande sin medicinering. Vidare hävdade Bergman och Berterö att stöd från familj, vänner, kollegor och sjukvård är viktigt för att rehabiliteringen skall lyckas. Även Pâquet et al. (2005) beskrev stöd från samhället, vänner, familj och sjukvård som viktiga komponenter för att minska psykisk ohälsa. Patienterna hävdade

att ängslan, oro och stress inverkar mest på deras liv. Patienterna i studien var nöjda med hjälpen de fick för sina fysiska behov, men ansåg att allt för litet fokus lades på deras psykiska hälsa (BILAGA VI). Behovet av *psykiskt stöd vid oro och depression* (III; tabell 1 & 2) tas upp i ytterligare sju artiklar, vars resultat ej kan evidenssäkras (tabell 1 & BILAGA VI).

Behovet av *kontinuerlig kontakt med vården* (VII; tabell 1 & 2) tas upp av Bergman och Berterö (2001) och Pâquet et al. (2005; tabell 2 & 3). Bergman och Berterö (2001) fann att patienterna ansåg det vara av betydelse att en kontinuitet fanns i kontakten med vårdgivaren. Att lätt kunna komma i kontakt med kunnig personal gav en känsla av säkerhet i patienternas nytillkomna livssituation. Pâquet et al. (2005) beskrev att studiens deltagare ville ha en kontinuitet i sin kontakt med vårdgivaren. Behovet av *kontinuerlig kontakt med vården* (VII; tabell 1 & 2) tas upp i ännu fyra artiklar, vars resultat ej kan evidenssäkras (tabell 1 & BILAGA VI).

Individanpassad rehabilitering (XI; tabell 1 & 2) tas upp av Bergman och Berterö (2001) och Pâquet et al. (2005; tabell 2 & 3). Förstnämnda forskare fann att patienterna har en större förmåga att komma på uppföljningsbesök än att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar. Patienterna och deras anhöriga måste finna alternativa vägar för att rehabiliteringen skall kunna fungera tillfredsställande (BILAGA VI). Pâquet et al. (2005; BILAGA VI) konstaterade att vårdgivaren måste ta hänsyn till patientens prioriteringar. Om patienten inte är redo att genomföra livsstilsförändringar och ändra sina dåliga vanor måste en diskussion mellan vårdgivaren och patienten föras för att man skall kunna förhandla om vad rehabiliteringsprogrammet skall innehålla. Det har visat sig att rehabiliteringsprogram som utformats genom diskussion med patienten uppnår ett bättre slutresultat än ett traditionellt och standardiserat rehabiliteringsprogram. Att inkludera patienten i utformningen och planeringen av hans/hennes rehabilitering fungerar som en motivationskälla för patienten att genomföra nödvändiga förändringar (*ibid.*). Behovet av *individanpassad rehabilitering* (XI; tabell 1 & 2) tas upp i ytterligare tre artiklar, vars resultat ej kan evidenssäkras (tabell 1 & BILAGA VI).

3.1.2 Resultat med måttligt vetenskapligt underlag

De omvårdnadsbehov som efter artikelgranskning erhöll evidensgrad 2 (måttligt vetenskapligt underlag) bestod av *information om riskreducerande åtgärder (träning, rökning, diet)* (I), *stöd i allmänhet* (IV) samt *motivation för rehabilitering* (V), (tabell 1 & 2). *Information om riskreducerande åtgärder (träning, rökning, diet)* (I; tabell 1 & 2) tas upp av Bergman och Berterö (2001), Leong, Molassiotis och Marsh (2004) samt O'Driscoll, Shave och Cushion

(2006; tabell 2 & 3). Bergman och Berterö (2001) fann att patienterna hade kunskap om att dåliga matvanor, rökning och brist på motion kan leda till hjärtsjukdom men anser sig sakna tid och motivation att förändra sina dåliga vanor (BILAGA VI). Leong et al. (2004) skrev att sjukhusmiljön inte är optimal för informationstillfällen riktade till patienter och anhöriga, eftersom båda parter upplever en påtaglig stress i sjukhusmiljö och att den information som ges lätt glöms bort. Bland studiedeltagarna följde 38,5 % en hälsosam diet, 32,7 % var fysiskt aktiva och 26,9 % av de rökande deltagarna valde att sluta (BILAGA VI). Behovet av *information om riskreducerande åtgärder (träning, rökning, diet)* (I; tabell 1 & 2) tas upp i ytterligare sex artiklar, vars resultat ej kan evidenssäkras (tabell 1 & BILAGA VI).

Behovet av *stöd i allmänhet* (IV; tabell 1 & 2) tas upp av Bergman och Berterö (2001), Clark, Barbour, White och MacIntyre (2003) samt O'Driscoll et al. (2006), (tabell 2 & BILAGA VI). Bergman och Berterö (2001) fann att två nödvändiga förutsättningar för lyckad rehabilitering och reorientering bestod av patientens vilja att påbörja rehabilitering samt externt stöd från familj, sjukvård, arbetsgivare och kollegor. Det externa stödet fungerade som en energibuffert när patientens egen energi var på väg att sina (BILAGA VI). Clark et al. (2003) jämförde patienter som väljer att delta i grupprehabilitering och de som väljer att inte delta. De som valde att delta såg gruppen som ett nödvändigt stöd i rehabiliteringen. De som valde att inte delta ansåg att informationen de fick var motsägelsefull och gavs vid en olämplig tidpunkt. Dessa patienter ville inte delta i grupprehabiliteringen eftersom de inte trodde på rehabiliteringens effekt samt att de kände sig obekväma i grupp miljön (BILAGA VI). Även O'Driscoll et al. (2006) fann evidens för betydelsen av stöd från familj, anhöriga, vänner och kollegor samt fann att patienter som har detta stöd har bättre förutsättningar att snabbare återhämta sig från hjärtinfarkten. O'Driscoll et al. tog även upp att det är viktigt att sjukvården kontaktar de patienter som väljer att inte delta i rehabiliteringsprogrammet och diskuterar de hinder som föreligger och möjlighet att övervinna dessa (BILAGA VI). Behovet av *stöd i allmänhet* (IV; tabell 1 & 2) tas upp i ytterligare fem artiklar, vars resultat ej kan evidenssäkras (tabell 1 & BILAGA VI).

Behovet av *motivation för rehabilitering* (V; tabell 1 & 2) tas upp av Bergman och Berterö (2001), Clark et al. (2003) samt Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren och Bergdahl (2005) (tabell 2 & 3). Bergman och Berterö (2001) skrev att patienterna i studien kände sig skyldiga att kämpa med rehabiliteringen eftersom sjukvårdspersonalen var motiverad att hjälpa dem och att sjukvården investerade så mycket resurser i dem. Upplevelsen av att ha genomgått en hjärtinfarkt gjorde att patienterna såg livet ur ett nytt perspektiv och gjorde dem motiverade att genomföra

livsstilsförändringar. Clark et al. (2003) beskrev en grupp patienter som i sin rehabilitering kände att de kan hantera sin hjärtsjukdom och att de kan utsätta sin kropp för fysiska påfrestningar utan att vara rädda. Patienterna såg sin hjärtsjukdom som en varning och detta ihop med att rehabiliteringen utfördes i grupp fungerade som en motivationskälla till förändring för deltagarna. Behovet av *motivation för rehabilitering* (V; tabell 1 & 2) tas upp i ytterligare fem artiklar, vars resultat ej kan evidenssäkras (tabell 1 & BILAGA VI).

Tabell 2. Vetenskapliga artiklar som enligt graderingsskalan i BILAGA V säkrar evidensgraden gällande specifika omvårdnadsbehov hos patienter som genomgår rehabilitering efter en hjärtinfarkt.

<i>Symbol</i>	<i>Omvårdnadsbehov</i>	<i>Författare</i>	<i>Kvalitetspoäng</i>	<i>Evidensgrad</i> ¹
I	Information om riskreducerande åtgärder (träning, rökning, diet)	Bergman et al. 2001	3	2
		Leong et al. 2004	2	
		O'Driscoll et al. 2006	2	
II	Önskan om ökad livskvalitet	Carless et al. 2006	1	4
		Salamonson et al. 2006	1	
		Yuval et al. 2007	1	
III	Psykiskt stöd vid oro och depression	Bergman et al. 2001	3	1
		Pâquet et al. 2005	3	
IV	Stöd i allmänhet	Bergman et al. 2001	3	2
		Clark et al. 2003	2	
		O'Driscoll et al. 2006	2	
V	Motivation för rehabilitering	Bergman et al. 2001	3	2
		Clark et al. 2003	2	
		Kärner et al. 2005	2	
VI	Information om anatomi och fysiologi	Bergman et al. 2001	3	3
VII	Kontinuerlig kontakt med vården	Bergman et al. 2001	3	1
		Pâquet et al. 2005	3	
VIII	Information om mediciner	Bergman et al. 2001	3	3
IX	Hjälp med stresshantering	Pâquet et al. 2005	3	3
X	Stöd från familj	Kärner et al. 2005	2	3
		Leong et al. 2004	2	
XI	Individanpassad rehabilitering	Bergman et al. 2001	3	1
		Pâquet et al. 2005	3	

¹ Omvårdnadsbehov med evidensgrad 3 (begränsat vetenskapligt underlag) och evidensgrad 4 (otillräckligt vetenskapligt underlag) inkluderas ej i resultatet (evidensgraderingsskala, BILAGA V).

Efter utförd artikelgranskning och evidensgradsbedömning enligt granskningsmallarna i BILAGA I och II samt evidensgraderingsskalan i BILAGA V, har det framkommit att resultatet i två artiklar hade evidensgrad 1 (starkt vetenskapligt underlag) samt att resultatet av fyra artiklar tillsammans med dessa har evidensgrad 2 (måttligt vetenskapligt underlag). Föreliggande studies resultat fann att de främsta omvårdnadsbehoven hos en patient som genomgår rehabilitering för en hjärtinfarkt är *psykiskt stöd vid oro och depression* (**III**), *kontinuerlig kontakt med vården*

(VII), *individ Anpassad rehabilitering* (XI), *information om riskreducerande åtgärder* (träning, rökning, diet) (I), *stöd i allmänhet* (IV) samt *motivation för rehabilitering* (V) (tabell 1 & 2).

4 DISKUSSION

4.1 Sammanfattning av huvudresultat

Syftet i föreliggande studie var att samla information som kan hjälpa sjuksköterskan att få insyn i patientens omvårdnadsbehov under rehabilitering efter en hjärtinfarkt. Studiens frågeställning utgick från att de omvårdnadsbehov som finns hos patienter under rehabilitering efter en hjärtinfarkt, skulle identifieras. Av resultatet framkom med metoder använda i denna studie att det fanns evidens för att patienter som genomgår rehabilitering efter en hjärtinfarkt har behov av *psykiskt stöd vid oro och depression, kontinuerlig kontakt med vården, individ Anpassad rehabilitering, information om riskreducerande åtgärder* såsom träning, rökning och diet, samt behov av *stöd i allmänhet* samt av *motivation för rehabilitering*. Dessa omvårdnadsbehov erhöll endera starkt eller måttligt vetenskapligt underlag.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 *Psykiskt stöd vid oro och depression*

Beträffande omvårdnadsbehovet *psykiskt stöd vid oro och depression* beskrev Ericson och Ericson (2008), Tapp (2004) samt Wernersson-Lindgren (2008) en krisreaktion efter en hjärtinfarkt som vanligt förekommande. Det behövda psykiska stödet kan tillgodoses i form av samtalsterapi och krisbearbetning som förebygger depressioner. Även livsstilsförändringar som bör genomföras kan skapa oro och depression hos patienten. I föreliggande studies resultat framkom det att patienterna har en oro inför framtiden och känner sorg över förlorad hälsa (Bergman & Berterö, 2001). Pâquet, Bolduc, Xhignesse och Vanasse (2005) hävdade att ångslan, oro och stress hade ansenlig inverkan på patienternas tillvaro. Patienterna var missnöjda med att för litet fokus lades på deras psykiska hälsa. Skribenterna anser att sjukvården bör informera patienterna om vilka psykiska problem som kan uppstå efter en hjärtinfarkt och även erbjuda dem möjlighet till stöd redan innan utskrivning från avdelningen. Om detta möjliggjordes så skulle kanske fler patienter våga höra av sig om de känner sig nedstämda. Oro och depression är ett av de största hoten mot en lyckad rehabilitering. Även artiklar av en lägre evidensgrad som ej var kvalificerade för användning i föreliggande studies resultat tog upp behovet av *psykiskt stöd*. Yuval, Halon och Lewis (2007) skrev att mer än hälften av patienterna beskrev en känsla av oro. Minskat självförtroende, självbild och livskvalitet upplevdes hos patienterna som en följd av

hjärtinfarkten (*ibid.*). Även Wingham, Dalal, Sweeney och Evans (2006) fann att hjärtinfarkt leder till lägre självförtroende vilket i sin tur leder till oro.

4.2.2 Kontinuerlig kontakt med vården

Ett av patienternas omvårdnadsbehov efter hjärtinfarkten var önskan om *kontinuerlig kontakt med vården*. Ur föreliggande studies resultat framkom det att patienterna tyckte att det var av vikt att lätt kunna komma i kontakt med vårdgivaren. En kontinuitet i mötet med vården och med vårdpersonalen efterfrågades eftersom detta gav patienterna en känsla av trygghet. Patienterna ville ha ett regelbundet schema, vård från samma vårdgivare och en bättre kommunikation med dessa (Bergman & Berterö, 2001; Pâquet et al., 2005). Skribenterna anser att möjligheten för en patient att när som helst kunna komma i kontakt med en kunnig sjuksköterska ger patienten en säkerhet i hemmet. Även om patienten inte utnyttjar denna möjlighet så skapar den ändå en underlättad hemsituation, speciellt för de patienter som saknar stöd från närstående. Även artiklar av en lägre evidensgrad som ej var kvalificerande för användning i föreliggande studies resultat tog upp behovet av *kontinuerlig kontakt med vården*. Condon och McCarthy (2005) skrev att deltagarna i rehabiliteringsprogrammet kände sig trygga eftersom de kunde få kontakt med vårdpersonalen via telefon vid behov. Hagberth, Sjöberg och Ivarsson (2007) skrev att en stor del av patienterna önskade snar uppföljning för att få svar på de frågor som snabbt kan dyka upp.

Behovet av *kontinuerlig kontakt med vården* är något som skribenterna till föreliggande studie inte har hittat någon tidigare evidens för *utan detta dokumenterades för första gången*.

4.2.3 Individanpassad rehabilitering

Behovet av Individanpassad rehabilitering efter hjärtinfarkt framstod klart. Wernersson-Lindgren (2008) observerade att patienter efter en hjärtinfarkt skall delta i ett rehabiliteringsprogram där de får information om livsstilsförändringar samt möjlighet till träning. I föreliggande studies resultat framkom det att man genom att identifiera olika kännetecken, förutsättningar och svårigheter kan öka patienternas följsamhet till de råd och riktlinjer som de får (Bergman & Berterö, 2001; Pâquet et al., 2005). Genom att identifiera olika kännetecken, nödvändiga förutsättningar och svårigheter hos varje patient kan man öka patientens följsamhet till de råd och den information de erhållit av vårdgivaren. Patienterna behöver bättre kunskap gällande hjärtsjukdomar samt en grundligare förståelse för betydelsen av genomförandet av livsstilsförändringar och att följa den medicinska behandlingen (*ibid.*). Skribenterna anser att det är viktigt att göra patienten delaktig i planerandet av sin rehabilitering för att öka patientens

motivation att genomföra denna och de förändringar som ingår. Att målen och redskapen i rehabiliteringen är anpassade till varje patients förmåga underlättar dennes möjligheter att nå ett gott resultat i sin rehabilitering. Även artiklar av en lägre evidensgrad som ej var kvalificerade för användning i föreliggande studies resultat tog upp behovet av *individ Anpassad rehabilitering*. Timmins och Kaliszer (2002) skrev att fynden i deras studie pekade på att det fanns behov av individanpassad rehabilitering istället för de standardiserade rehabiliteringsmodellerna.

4.2.4 Information om riskreducerande åtgärder

Det fanns behov av information om riskreducerande åtgärder såsom förändring av träning, rökning och diet. Enligt Olendorf, Jeryan och Boyden (1999) befanns viktiga preventiva livsstilsförändringar som rekommenderades vara att äta rätt, motionera regelbundet, hålla en hälsosam vikt, att inte röka, minska alkoholintaget, kontrollera blodtrycket samt att försöka hantera stressen. Vissa av dessa rekommenderade livsstilsförändringar stämmer överens med föreliggande studies resultat vari artiklar av Bergman och Berterö (2001) och Leong, Molassiotis och Marsh (2004). O'Driscoll, Shave och Cushion (2006) beskrev att patienterna tyckte att för mycket information gavs under för begränsad tid och i för stor omfattning att smälta på en och samma gång. Bergman och Berterö (2001) angav att patienterna har kunskap om vilka dåliga livsstilsvanor som kan leda till hjärtsjukdom men enligt Leong et al. (2004) väljer endast cirka en tredjedel av patienterna att följa de råd de fått genom den preventiva och riskreducerande informationen. Vårdgivaren måste alltså dels stärka och motivera patienten att göra förändringar samt informera om vad dessa förändringar bidrar till. En annan viktig komponent i rehabiliteringsprogrammet är enligt O'Driscoll et al. (2006) att anpassa träningsnivån till varje enskild patient så att han/hon känner sig motiverad att fortsätta med träningen och upplever att den ger resultat. Även artiklar av en lägre evidensgrad som ej var kvalificerade för användning i föreliggande studies resultat tog upp behovet av *information om riskreducerande åtgärder*. McKee, Bannon, Kerins och FitzGerald (2006) uppgav att 68 % av deltagarna i studien hade ändrat sin kosthållning och livsstil till en mer hälsosam sådan när slutfasen av rehabiliteringen påbörjades. Timmins och Kaliszer (2002) fann i sin jämförelse mellan patientens och sjuksköterskans prioriteringar att båda parter gav företräde åt information om livsstilsfaktorer. Patienterna ansåg dock att fysisk aktivitet inte var viktigt medan sjuksköterskorna ansåg det vara bland det viktigaste i rehabiliteringen (*ibid.*). Kunskapen om den fysiska aktivitetens betydelse och positiva effekter måste öka hos patienterna. De måste förstå vikten samt fördelarna av att vara fysiskt aktiv och att lägga om sin kosthållning. Det är sjuksköterskans huvudansvar att patienterna erhåller denna information på ett korrekt och motiverande sätt.

4.2.5 Stöd i allmänhet

Patienter som drabbats av hjärtinfarkt har under rehabiliteringen behov av stöd i allmänhet. Fridlund (2002) skrev att sjuksköterskan spelar en viktig roll när det gäller undervisning, vägledning och stöd till patienterna. Detta stämmer överens med det som framkom i föreliggande studies resultat. Även att erhålla stöd från familj, arbetsgivare och kollegor framkom i resultatet som viktiga behov för patienten (Bergman & Berterö, 2001). Samma forskare angav att många patienter beskrev det externa stödet som en välkommen del i att återfå sin forna hälsa. Från vårdgivaren kom nödvändigt stöd i form av information vilken möjliggjorde för patienten att lätt få kontakt med sjukvården. Att inte vara ensam i sin nya livssituation som patient anser skribenterna vara av vikt. Stödet kan komma från många håll så som familj, närstående, vänner och bekanta. Även sjuksköterskan har sin roll som stöd åt patienten och då främst under sjukhusvistelsen och vid senare kontakter. Även artiklar av en lägre evidensgrad som ej var kvalificerande för användning i föreliggande studies resultat tog upp behovet av *stöd i allmänhet*. Wingham, Dalal, Sweeney och Evans (2006) samt Condon och McCarthy (2005) skrev att stöd från vårdpersonalen var viktigt för patienterna under rehabiliteringen.

4.2.6 Motivation för rehabilitering

Att uppbringa *motivation för rehabilitering* efter en hjärtinfarkt framkom i föreliggande studie som ett omvårdnadsbehov. Bergman och Berterö (2001) beskrev själva hjärtinfarkten som en motiverande faktor för förändring. Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren och Bergdahl (2005) observerade att patienternas rädsla för att dö i hjärtsjukdom och andra problem relaterade till hjärtsjukdom fungerade som motivation till en förändrad livsstil. Dåligt självförtroende och att inte ha klarat av att förändra sin livssituation tidigare hade en negativ effekt på patienternas motivation att utföra livsstilsförändringar. Detta gör det nödvändigt för sjukvårdspersonalen att möta dessa patienter och föra en dialog med dem om hur de tänker och känner inför rehabiliteringen för att öka deras motivation. Både faktorer som kan hjälpa patienterna i rehabiliteringen och faktorer som hindrar patienterna bör diskuteras i dialogen för att sjukvårdspersonalen skall kunna hjälpa patienterna att öka sin vilja till samarbete. Också i denna studie framkom det att sjukvårdspersonalen skall möta de patienter som inte vill delta i rehabiliteringen och föra en dialog med dem om hur de tänker och känner inför denna. Detta skall enligt Kärner et al. öka patientens motivation till att delta i rehabiliteringen eftersom även Fernandez, Salamonson, Griffiths, Juergens och Davidson (2008) funnit att deltagandet i ett rehabiliteringsprogram endast låg på 35.6 %. Även artiklar med begränsat vetenskapligt underlag tog upp behovet av *motivation för rehabilitering*. Fleury och Sedikides (2007) skrev att rädsla

inför framtida hälsoproblem på grund av hjärtinfarkten motiverade patienterna till att påbörja rehabilitering. Condon och McCarthy (2005) avslöjade att patienterna inte var motiverade att ändra på sin ohälsosamma livsstil förrän de drabbades av hjärtinfarkt men att denna vändning i livet fungerade som en motivationshöjande faktor till förändring.

4.3 Metoddiskussion

Föreliggande studie genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Ur Högskolan Dalarnas bibliotek söktes artiklar via ELIN, från vilken databas 16 artiklar befanns vara användbara i studiens resultat. Av samtliga artiklar var 8 kvantitativa och 8 kvalitativa och hade undergått lektörsförfarande och publikation. Artiklarna kvalitetsbedömdes enligt kriterier och granskningsmallar modifierade efter förlagor av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Bahtsevani och Stoltz (2006). Efter kvalitetsbedömningen utfördes en evidensgradering av framkomna omvårdnadsbehov enligt Bahtsevanis (2008) mall för evidensgradering. Då de mätinstrument för artikelgranskning som användes var utformade för att anlitas i systematiska litteraturstudier anser skribenterna att validiteten var säkrad. De artiklar som togs fram var publicerade mellan åren 1999-2009. Även detta ses av skribenterna som en styrka i studien eftersom artiklarnas resultat är baserade på relativt ny forskning. Den externa validiteten i föreliggande studie må anses vara hög då skribenterna har följt de riktlinjer och mallar som fanns till förfogande vid uppsatsskrivandet. Efter jämförelser av föreliggande studies resultat, tidigare forskning och litteratur samt med en klinisk inblick uppnådde skribenterna konsensus vilket stärkte studiens interna validitet. Av språkliga skäl användes endast artiklar skrivna på engelska, vilket kunde ha begränsat urvalet. De sökord som användes vid artikelsökningen i ELIN var **cardiac***, **rehab*** AND **nurs***. Skribenterna anser att dessa sökord följde studiens syfte och frågeställning. Skribenterna nådde även konsensus angående kvalitetsbedömningen, evidensgraderingen, studiens syfte och resultatets slutsatser vilket tyder på tillförlitlighet eller mellanbedömarreliabilitet. Syftet att samla information som hjälper sjuksköterskan att få insyn i patientens omvårdnadsbehov under rehabilitering efter en hjärtinfarkt, samt frågeställningen om vilka omvårdnadsbehov som förelåg hos patienter under rehabilitering efter en hjärtinfarkt, besvarades väl. En del av de omvårdnadsbehov som framkom var kända sedan tidigare och denna studie stärkte deras evidens ytterligare. Omvårdnadsbehoven *kontinuerlig kontakt med vården* samt *individ Anpassad rehabilitering* framkom som behov som ej tidigare rönt den uppmärksamhet de förtjänar.

4.4 Omvårdnadsteoretisk diskussion

Dorothea Orem (2001) humanistiska behovsteori bygger till stor del på förmågan till egenvård. I föreliggande studies resultat framkom det att *psykiskt stöd vid oro och depression, kontinuerlig kontakt med vården, individanpassad rehabilitering, information om riskreducerande åtgärder, stöd i allmänhet* samt *motivation för rehabilitering* utgjorde de omvårdnadsbehov som patienter som drabbats av en hjärtinfarkt har och utgjorde under rehabilitering de viktigaste anspråken. Rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt bygger till stor del på motivation och viljan till förändring. Patienten måste således ha en viss förmåga till motivation, till förändring samt till egenvård. Patienter oförmögna till egenvård måste, enligt Orem (*ibid.*), få bistånd av professionella hjälpare, såsom sjuksköterskor, för att utveckla sin egenvårdsförmåga. Orem skriver att dessa hjälpare skall begagna sig av fem generella hjälpmetoder såsom att ”vägleda en annan person”, ”stödja en annan person (fysiskt eller psykiskt)”, ”skapa en utvecklande miljö” och ”undervisa en annan person”. Dessa hjälpmetoder passar väl in med de omvårdnadsbehov som föreliggande studies resultat visade. Vidare anför Orem (2001) sex kategorier av egenvårdsbehov vid hälsoproblem. ”Vara medveten om och hantera effekter och resultat av patologiska tillstånd, inklusive konsekvenser för den egna utvecklingen”. Sistnämnda är en kategori som kan relateras till behovet av *information om riskreducerande åtgärder*. Om adekvat information om de riskreducerande åtgärderna ges så ökar patientens medvetenhet om de negativa konsekvenserna för den egna utvecklingen om rekommendationer inte följs. Även medvetenheten om vilka begränsningar som finns i den nytillkomna livssituationen som följer en hjärtinfarkt ökas via information om riskreducerande åtgärder. Enligt Orem skall man ”På ett effektivt sätt genomföra medicinskt ordinerade diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande åtgärder”. Föreliggande studies resultat visade att *individanpassad rehabilitering* önskades av många patienter. Att inkludera patienten i utformningen och planeringen av hans/hennes rehabilitering fungerar som en motivationskälla för patienten i avsikt att genomföra nödvändiga förändringar (Pâquet et al., 2005). I och med att patientens motivation till att genomföra de nödvändiga förändringarna ökar, så ökar även patientens förmåga till egenvård. Definitionen av rehabilitering inbegriper *att hjälpa en person att uppnå så hög grad av funktion, självständighet och livskvalitet som möjligt* (Utmhealthcare.org, 2008). Denna definition passar väl in på Orem (2001) teori om egenvård.

4.5 Studiens kliniska betydelse

Att som sjuksköterska ha kunskap om sina patienters omvårdnadsbehov och att kunna skapa rutiner i omvårdnaden med utgångspunkt i dessa är av betydelse för patienternas livssituation och upplevelse av omvårdnaden. I Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och

sjukvården (SOSFS 1993:17) står det att: ”Syftet med omvårdnaden är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död” (Raadu, 2007, s 357). De omvårdnadsbehov som framkom i föreliggande studie stämmer in på Socialstyrelsens formulering av syftet med omvårdnaden. Skribenterna anser att föreliggande studies resultat går att tillämpa kliniskt för att skapa en handlingsplan för omhändertagandet av patienter under rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt.

4.6 Förslag till vidare forskning

Då föreliggande studie utförts med ett begränsat urval artiklar så krävs vidare forskning med ett större urval artiklar inom området för att ett större antal omvårdnadsbehov med hög evidensgrad skall kunna fastställas.

4.7 Konklusion

Syftet i föreliggande studie var att samla information som kunde ge sjuksköterskan insyn i patientens omvårdnadsbehov under hans/hennes rehabilitering efter en hjärtinfarkt. Av resultatet framkom att patienter som genomgår rehabilitering efter en hjärtinfarkt har behov av *psykiskt stöd vid oro och depression* och har anspråk på *kontinuerlig kontakt med vården*, vilket omsorgsbehov dokumenterades för första gången i denna uppsats. Vidare önskades *individanpassad rehabilitering, information om riskreducerande åtgärder* samt behov av *stöd i allmänhet* samt av åtgärder som ökar *motivationen för rehabilitering*. Omvårdnadsbehov som olika typer av stöd, kontinuerlig kontakt med vården samt individanpassad rehabilitering kunde beläggas med starkt vetenskapligt underlag. Att se bortom sjukdomen och att skapa en möjlighet för patienten att självständigt klara sitt liv och sin rehabilitering är en viktig uppgift för sjuksköterskan. Även att informera patienten på ett professionellt och pedagogiskt sätt i en motiverande miljö är viktigt fastän det är svårt för patienten att ta till sig den information som ges under begränsad tid i sjukhusmiljö. I Sverige lever 12 % av befolkningen med hjärt- och kärlsjukdomar, som är lika vanliga hos män som hos kvinnor. Hjärtinfarkt orsakar dagligen lidande för patienter och deras anhöriga. Med vårdpersonalens goda individcentrerade rehabilitering kan patienten återfå förlorad livskvalitet och återvinna upplevelsen av välbefinnande.

5 REFERENSER

5.1 Litteraturförteckning

Bahtsevani, C. (2008). Avhandling: *In Search of Evidence-Based Practices*. Första upplagan. Malmö: Holmbergs

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

Cardiologiska Kliniken - Falu Lasarett. (2008). *KRANSKÄRLSRÖNTGEN / BALLONGVIDGNING (PCI)*. Falun: Cardiologiska Kliniken – Falu Lasarett

* Carless, D., Douglas, K., Fox, K., McKenna, J. (2006). An alternative view of psychological well-being in cardiac rehabilitation: Considering temperament and character. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 237 – 243

Cavanagh, S. (1992). *Orem's Model In Action*. Hampshire: The Macmillan Press LTD

* Clark, A., Barbour, R., White, M., MacIntyre, P. (2003). Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 5–14

* Condon, C. & McCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37 – 44

Denyes, M-J., Orem, D., SozWiss, G.B. (2001). Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*, 14, 48-54

Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Illustrerade Medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad, Medicinsk behandling, Patofysiologi*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur

* Farley, R.L., Wade, T.D., Birchmore, L. (2003). Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 205–212

Fernandez, R., Salamonson, Y., Griffiths, R., Juergens, C., Davidson, P. (2008). Sociodemographic predictors and reasons for participation in an outpatient cardiac rehabilitation programme following percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 237–242

* Fleury, J. & Sedikides, C. (2007). Wellness Motivation in Cardiac Rehabilitation: The Role of Self-Knowledge in Cardiovascular Risk Modification. *Research in Nursing & Health*, 30, 373–384

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Första upplagan. Stockholm: Natur och Kultur

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

Grefberg, N. & Johansson L-G. (red.). (2007). *Medicinboken*. Fjärde upplagan. Stockholm: Liber

* Hagberth, V., Sjöberg, T., Ivarsson, B. (2007). Older women with a serious cardiac event experience support with a Vifladt & Hopen inspired patient group education programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 140–146

Hatchett, R. & Thompson, D. (red.). (2002). *Cardiac Nursing: A Comprehensive Guide*. Första upplagan. Edinburgh: Harcourt Publishers Limited

Hedner, L-P. (red.). (2007). *Invärtesmedicin*. Nionde upplagan. Lund: Studentlitteratur

Hont, G., Höglund, R., Klettner, U. (2007). *Hjärtrapporten 2006-2007 – En årsrapport från Hjärt-Lungfonden*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur

* 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, 261–275

* Leong, J., Molassiotis, A., Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8, 26–38

* McKee, G., Bannon, J., Kerins, M., FitzGerald, G. (2006). Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 233–240

Meleis, A-I. (2007). *Theoretical Nursing – Development & Progress*. Fjärde upplagan. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

* O’Driscoll, J.M., Shave, R., Cushion, C.J. (2006). A National Health Service Hospital’s cardiac rehabilitation programme: a qualitative analysis of provision. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1908–1918

Olendorf, D., Jeryan, C., Boyden, K. (red.) (1999). *The GALE ENCYCLOPEDIA of MEDICINE: Volume 3 G-M*. Första upplagan. Farmington Hills: Gale Research

Orem, D. (2001). *Nursing – Concepts of practice*. Sjätte upplagan. St. Louis: Mosby, Inc.

* Pâquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., Vanasse, A. (2004). Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient’s point of view. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 567–576

Raadu, G. (2007). *Författningshandbok 2007 – För personal inom hälso- och sjukvård*. Trettio-åttonde upplagan. Stockholm: Liber AB

* Salamonson, Y., Everett, B., Davidson, P., Andrew, S. (2006). Magnitude of change in cardiac health-enhancing behaviours 6 months following an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 66–71

Tapp, D. (2004). Dilemmas of Family Support During Cardiac Recovery – Nagging as a Gesture of Support. *Western Journal of Nursing Research*, 26, 561-580

Taylor, S. (2001). Orem's General Theory of Nursing and Families. *Nursing Science Quarterly*, 14, 7-9

Thorsén, H. (1992). *Omvårdnadsmodeller Människosyn Etik*. Första upplagan. Uppsala: Håkan Thorsén och Almqvist & Wiksell Förlag AB

* Timmins, F. & Kaliszer, M. (2002). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 57–65

Wernersson-Lindgren, S. (2008). *Hjärtinfarkt – En temaskrift från Hjärt-Lungfonden*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden

Willman, A., Bahtsevani, C & Stoltz, B. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

* Wingham, J., Dalal, H.M., Sweeney, K.G., Evans, P.H. (2006). Listening to patients: Choice in cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 289 – 294

Wågsäter, D. (2005). *CXCL16 and CD137 in Atherosclerosis*. Örebro: Universitetsbiblioteket i Örebro

* Yuval, R., Halon, D.A., Lewis, B.S. (2007). Perceived disability and lifestyle modification following hospitalization for non-ST elevation versus ST elevation acute coronary syndromes: The patients' point of view. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 287–292

Elektroniska referenser

Agency for Healthcare Research and Quality (2008). *Glossary*. Hämtad 2008-09-10 från: <<http://www.ahrq.gov/data/hcup/factbk1/fctbk5.htm>>

Utmhealthcare.org (2008). *Glossary*. Hämtad 2008-09-10 från: <<http://www.utmhealthcare.org/Health/content.asp?pageid=P01158#R>>

6.1 BILAGA I

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är den kvantitativa metoden Beskriven?		
8.	Är designen relevant utifrån syftet?		
9.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
10.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
11.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
12.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
13.	Är urvalsmetoden beskriven?		
14.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
15.	Finns populationen beskriven?		
16.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
17.	Anges var studien genomfördes?		
18.	Anges när studien genomfördes?		
19.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
20.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
21.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
22.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
23.	Besvaras studiens frågeställningar?		
24.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
25.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
26.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
27.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
28.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng:

28

Erhållen poäng:

Kvalitet:

låg

medel

hög

6.2 BILAGA II

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågeställningen tydligt formulerad?		
7	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
8	Är designen relevant utifrån syftet?		
9	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
10	Är inklusionskriterierna relevanta?		
11	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
12	Är exklusionskriterierna relevanta?		
13	Är urvalsmetoden beskriven?		
14	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
15	Är undersökningsgruppen beskriven?		
16	Är undersökningsgruppen relevant för studiens syfte?		
17	Anges var studien genomfördes?		
18	Anges när studien genomfördes?		
19	Anges vald datainsamlingsmetod?		
20	Är bakgrunds variablerna för undersökningsgruppen beskrivna?		
21	Är data systematiskt insamlade?		
22	Presenteras hur data analyserats?		
23	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
24	Besvaras studiens syfte?		
25	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
27	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
28	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng:

28

Erhållen poäng:

Kvalitet:

låg

medel

hög

6.3 BILAGA III

Orems sex kategorier av egenvårdsbehov vid hälsoproblem

1. Söka och tillförsäkra sig adekvat medicinsk hjälp vid sjukdom, skada eller patologiska tillstånd.
2. Vara medveten om och hantera effekter och resultat av patologiska tillstånd, inklusive konsekvenser för den egna utvecklingen.
3. På ett effektivt sätt genomföra medicinskt ordinerade diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande åtgärder.
4. Vara medveten om, ge akt på eller reglera obehagliga eller skadliga effekter på medicinsk behandling.
5. Modifiera sin självbild genom att acceptera att man befinner sig i ett visst hälsotillstånd, eller är i behov av vissa former av omvårdnad.
6. Lära sig att leva med effekter av patologiska tillstånd, såväl som effekter av medicinsk behandling eller diagnostiska procedurer, och finna en livsstil som befördrar vidare personlig utveckling. s 151-152 (Kirkevold, 2000; Orem, 2001)

6.4 BILAGA IV

Orem hävdar vidare att alla professionella hjälpare, inklusive sjuksköterskor, begagnar sig av fem generella typer av hjälpmetoder, nämligen att

1. Handla eller utföra för en annan person,
2. Vägleda en annan person,
3. Stödja en annan person (fysiskt eller psykiskt),
4. Skapa en utvecklande miljö, och
5. Undervisa en annan person. s 56 (Orem, 2001)

6.5 BILAGA V

Gradering av evidensstyrka vid formulering av slutsatser, ur Bahtsevani (2008).

Evidensgrad 1: Starkt vetenskapligt underlag. Minst två studier med hög kvalitet, *eller* en systematisk review/meta-analys med hög kvalitet

Evidensgrad 2: Måttligt vetenskapligt underlag. En studie med hög kvalitet *och* minst två studier med måttlig kvalitet.

Evidensgrad 3: Begränsat vetenskapligt underlag. En studie med hög kvalitet *eller* minst två studier med måttlig kvalitet.

Evidensgrad 4: Otillräckligt vetenskapligt underlag. En studie med måttlig kvalitet *och/eller* studier med låg kvalitet.

Baserat på Britton (2000) som i sin tur modifierat Centre for Evidence Based Medicine (1998) och Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2000).

6.6 BILAGA VI

Tabell 3. Sammanfattning av samtliga granskade artiklar.

Författare Tryckår Land	Syfte	Design	Datainsamlingsmetod	Deltagare n	Sammanfattning	Kvalitet poäng	Symbol
Bergman, E., Berterö, C. 2001 Sverige	Att få ökad kunskap och förståelse om vad det innebär att vara påverkad av hjärtsjukdom och hur det påverkar livet/livsstilen för individen.	Kvalitativ	Intervju	8	Patienterna förstod farorna med riskbeteende, så som rökning, diet och utebliven träning. Patienterna uppgav att de mådde psykiskt dåligt efter hjärtinfarkten och såg det som ett hinder för att kunna fortsätta rehabiliteringen. Stöd och kontinuerlig kontakt med sjukvården ansågs viktigt för patienterna. Eftersom sjukvården spenderar tid och resurser på patienterna såg de detta som en motivationskälla för att lyckas med rehabiliteringen. Patienterna ansåg att kunskaper om den anatomiska- och fysiologiska processen om hur hjärtat fungerar och hur en hjärtinfarkt uppkommer var viktiga. Att få kunskap om ordinerade mediciner och hur de verkar kändes som väsentlig information. Studien drar slutsatsen att för att öka följsamheten hos patienten bör rehabiliteringen anpassas efter individen.	3	I, III, IV, V, VI, VII, VIII, XI
Carless, D., Douglas, K., Fox, K., McKenna, J. 2006 Storbritannien	Att undersöka relationen mellan temperament, personlighet och psykiskt välmående hos patienter med hjärtsjukdom.	Kvantitativ	Frågeformulär	81	Studien visar att patienter med hjärtsjukdom känner en lägre livskvalitet beroende på personlighet och psykisk hälsa. Depression och oro är också vanligt och om det uppstår är även det beroende på individen. Studien föreslår att personlighetsanalyser skall användas för att identifiera fler patienter med hjärtsjukdom som är i riskzonen för psykisk ohälsa.	1	II, III
Clark, A., Barbour, R., White, M., MacIntyre, P. 2003 Storbritannien	Att undersöka patienternas tro och beslutsfattande om medverkan i hjärtrehabilitering.	Kvalitativ	Intervjuer i fokusgrupper	44	Patienter som valde att delta i rehabiliteringen ansåg att sjukvårdspersonalen fungerade som en kunskapskälla och att de var intresserade av patienternas välmående och framtida hälsa. Det var en vedertagen uppfattning bland deltagarna att personalen skulle motivera och stödja dem under rehabiliteringsprocessen. Aktiviteter så som att träna i grupp uppfattade många deltagare som pinsamt och där bör extra vikt läggas för att motivera medverkan. De som valde att inte delta uppfattade sjukvårdspersonalen som oprofessionella och trodde inte på rehabiliteringen.	2	IV, V

Författare Tryckår Land	Syfte	Design	Datain- samlings- metod	Deltagare n	Sammanfattning	Kvalitet poäng	Symbol
Condon, C., McCarthy, G. 2005 Irland	Att undersöka patienternas syn på att utföra livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ	Intervju	10	Många patienter var medvetna om vilka risker som finns för att få en hjärtinfarkt och de visste även vad de kan göra för att minimera dem. Motivationen och viljan att utföra livsstilsförändringar var starkast tidigt efter att de förstått sin diagnos. Patienterna tyckte det var viktigt att kunna få kontinuerlig kontakt och stöd från sjukvården. Även stöd från familjen sågs som viktigt för att kunna klara av rehabiliteringen men att familjen ofta var överbeskyddande uppfattades som negativt. Enligt patienterna var en av de största orsakerna till hjärtinfarkten stress.	1	I, IV, V, VII, IX, X
Farley, R.L., Wade, T.D., Birchmore, L. 2003 Australien	Att undersöka varför hjärtsjuka patienter inte deltar i rehabilitering.	Kvantitativ	Fråge- formulär	85	Enligt studien var många patienter deprimerade eller låg i riskzonen för att bli det. Studien påpekar att hjärtrehabiliteringen bör se till att resurser finns tillgängliga för att ge patienterna psykiskt stöd. Förutom det psykiska stödet ansågs möjlighet till kontinuerlig kontakt och stöd från sjukvården viktigt. Den främsta anledningen till att inte delta i rehabiliteringen var att patienterna ansåg att de kunde klara detta på egen hand.	1	III, IV, VII
Fleury, J., Sedikides, C. 2007 USA	Att med självkännedom som bas undersöka hur individuella motiv, förväntningar och mål manifesteras i modifikationsprocessen av riskfaktorerna hos patienter med hjärtsjukdom.	Kvalitativ	Intervju	24	Patienterna hade svårt att följa de råd om riskreducerande åtgärder som de fått från sjukvården. Studien visar att den ökade självkännedom som patienterna fick under rehabiliteringen stärkte deras motivering att klara av och upprätthålla råden.	1	I, V
Hagberth, V., Sjöberg, T., Ivarsson, B. 2007 Sverige	Att undersöka hur Vifladt & Hopen-modellen uppfattades av äldre PCI-behandlade kvinnor.	Kvalitativ	Intervju	13	Kvinnorna är efter gruppsamtal mer motiverade till träning och anpassad diet. De kände att de fick stöd och kunde prata ut om oron eftersom de samtalade i en grupp med kvinnor som delade samma upplevelse. Att sjukvårdspersonal fanns tillgänglig under samtalen för att besvara funderingar angående anatomi- och fysiologi ansågs som stödjande. Kvinnorna saknade dock möjligheten att prata med en läkare om mediciner och deras verkan. Många av kvinnorna ville ha tidig uppföljning och möjlighet att kontakta någon hemifrån för att få svar på frågor. Kvinnorna önskade fler gruppträffar då de uppfattade dessa som stimulerande och stressreducerande.	1	I, III, IV, VI, VII, VIII, IX

Författare Tryckår Land	Syfte	Design	Datainsamlingsmetod	Deltagare n	Sammanfattning	Kvalitet poäng	Symbol
Kärner, A., Tingström, P., Abrandt- Dahlgren, M., Bergdahl, B. 2005 Sverige	Att undersöka hur patienter som genomgår rehabilitering för hjärtsjukdom upplever underlättande och förvärrande faktorer relaterat till viktiga livsstilsförändringar.	Kvalitativ	Intervju	133	Studien visar att stöd från närstående och/eller vänner främjar förmågan till att utföra positiva livsstilsförändringar. Studien visar också att stöd från sjukvårdspersonal motiverar patienten till åtgärder. Patienterna har ett behov av att lära känna sin kropp och uppfatta de symtom som manifesteras vid deras sjukdomstillstånd. Stress sågs som ett hinder för att genomföra väsentliga livsstilsförändringar.	2	IV, V, IX, X
Leong, J., Molassiotis, A., Marsh, H. 2004 Storbritannien	Att undersöka i vilken grad patienter följer medicinska rekommendationer och hälsoråd efter en hjärtinfarkt samt att undersöka faktorer som kan påverka detta.	Kvantitativ	Frågeformulär	52	Studien visar att patienterna inte hade några svårigheter att ta den ordinerade medicinen efter instruktionerna de fått. Det var dock svårare att utföra andra riskreducerande åtgärder. Endast en tredjedel av patienterna hade utfört dessa. Även om oro och depression förekom bland patienterna rapporterade de flesta att de mådde psykiskt bra. Studien visar att familjen motiverar patienten att ta sin medicin och följa en hälsosam diet.	2	I, III, VIII, X
McKee, G., Bannon, J., Kerins, M., FitzGerald, G. 2006 Irland	Att med en kvantitativ metod beskriva beteendeförändringar påbörjade under hjärtrehabilitering med vikt på de tre livsstilsförändringarna, kosthållning, träning samt stress.	Kvantitativ	Frågeformulär	187	Patienterna deltog i gemensam träning och information om riskreducerande åtgärder. Studien visade att längre uppföljning vid rehabilitering påverkade dessa åtgärder positivt. Stress var svårare att åtgärda och en marginell reduktion av denna påvisades. Studien rekommenderar individanpassad rehabilitering då detta kan öka följsamheten vid till exempel träning.	1	I, IX, XI
O'Driscoll, J.M., Shave, R., Cushion, C.J. 2006 Storbritannien	Att ur patienternas och personalens perspektiv undersöka den upplevda kvaliteten och effektiviteten i hjärtrehabiliteringsprogrammet på ett av Londons stora sjukhus.	Kvalitativ	Observationer och intervjuer	14	Studien lägger stor vikt på träning och att varje patient skall bedömas individuellt utifrån deras egen förmåga att träna. Patienterna blir ofta påverkade negativt efter en hjärtinfarkt och den påverkar deras psykiska tillstånd. Det finns en tro att psykisk ohälsa påverkar rehabiliteringen negativt. Motiverad personal leder till att patienterna blir motiverade. Patienterna anser att informationen de får om anatomi och fysiologi är för svårförstådd.	2	I, III, V, VI, XI

Författare Tryckår Land	Syfte	Design	Datainsamlingsmetod	Deltagare n	Sammanfattning	Kvalitet poäng	Symbol
Pâquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., Vanesse, A. 2004 Kanada	Att undersöka hur hjärtpatienter upplever de första tre månaderna efter hjärtpåverkan som krävde sjukvård. Att identifiera skillnaderna mellan behoven de kände och hjälpen de fick.	Kvalitativ	Intervjuer och observationer	40	Patienterna uppgav att oro och stress hade stor inverkan på deras liv. De upplevde att sjukvården, familj och vänner var ett bra stöd och hjälpte stresshanteringen. Patienterna ville ha bättre kontakt med vårdpersonalen och en kontinuitet gällande vilka de träffade. Att sjukvårdspersonal och patient tillsammans utformar rehabiliteringsprogrammet skulle gynna ett bättre resultat än den förutbestämda rehabiliteringsmallen.	3	III, VII, IX, XI
Salamonson, Y., Everett, B., Davidson, P., Andrew, S. 2006 Australien	Att undersöka graden av uppnådd livsstilsförändring 6 månader efter en hjärtinfarkt samt att undersöka skillnaderna i detta mellan deltagare och icke-deltagare i hjärtrehabiliteringsprogram.	Kvantitativ	Frågeformulär	106	Efter 6 månader hade deltagarna i rehabiliteringsprogrammet lyckats förändra sin livsstil och kände sig hälsosammare än icke-deltagarna. Patienterna uppgav att dietråden var lättast att följa. Litet mindre än hälften av deltagarna i rehabiliteringsprogrammet hade en adekvat fysisk aktivitet. En femtedel av studiens deltagare rapporterade ett minskat nikotinintag.	1	I, II
Timmins, F., Kaliszer, M. 2002 Irland	Att undersöka hjärtinfarktpatienters uppfattning om vilka behov de kände direkt efter insjuknandet och sex veckor efteråt samt sjuksköterskornas syn på detta.	Kvantitativ	Frågeformulär	27	Enligt studien så delar patienter och sjuksköterskor synen på att informationen om livsstilsfaktorer som påverkar hälsan är viktig. Däremot anser sjuksköterskorna att fysisk aktivitet är viktig till skillnad mot patienterna som graderar denna lägre. Slutsatsen dras att sjuksköterskor måste informera, motivera och stödja patienterna i de områden som prioriteras lågt av dem. Information om symtom graderades högst av både sjuksköterskor och patienter. Anatomi och fysiologi graderades lågt av sjuksköterskor och högt av patienter. Patienterna kände att det fanns ett behov av möjlighet till kontakt med sjukvården efter utskrivning. Studien visar att det finns ett behov av individualiserad undervisning och information till patienterna.	1	I, IV, V, VI, VII, XI

Författare Tryckår Land	Syfte	Design	Datain- samlings- metod	Deltagare n	Sammanfattning	Kvalitet poäng	Symbol
Wingham, J., Dalal, H.M., Sweeney, K.G., Evans, P.H. 2006 Storbritannien	Att undersöka patienternas upplevelse av hjärtinfarkten och att identifiera de faktorer som påverkar valet av att genomgå rehabilitering hemma eller på sjukhus.	Kvalitativ	Intervju	17	Båda grupperna rapporterade oro för hur de skall klara livet efter hjärtinfarkten. Majoriteten av deltagarna i studien ville nå tillbaka till sin normala hälsa eller bättre och detta fungerade som en motivationskälla. I båda grupperna var behovet av professionellt stöd starkt. Sjukhusgruppen rapporterade att en anledning till att delta på sjukhus var den kontinuerliga kontakten med sjukvårdspersonal. Skillnaden mellan grupperna var att självdisciplinen hos hemmagruppen var högre.	1	III, IV, V, VII
Yuval, R., Halon, D.A., Lewis, B.S. 2007 Israel	Att undersöka förändringar i patienternas livsstil efter sjukhusvistelse för akut hjärtsjukdom och jämföra deras upplevelse av hälsa med patienter med annan hjärtsjukdom.	Kvantitativ	Fråge- formulär	160	Studien visar att hälften av deltagarna rapporterar en sämre livskvalitet och att de känner sig ängsliga. De patienter som haft en hjärtinfarkt var de som främst såg sig själva som hjärtpatienter.	1	II, III