

Jennie Seling och Josefine Mähler

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för  
vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, 2020

Grundnivå

Examinator: Birgitta Bisholt

Handledare: Lars Andersson

**Patienters följsamhet till livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt**  
En Litteraturoversikt

**Patient adherence to lifestyle changes after a heart attack**  
A Literature Review

## Sammanfattning

- Bakgrund:** I Sverige dog ca 5800 personer år 2018 till följd av en hjärtinfarkt. Det krävs ofta att patienten gör livsstilsförändringar och är följsam till den rekommenderade behandlingen för att minska risken för recidiv. Det sker en ökning av ohälsosamma levnadsvanor i samhället, detta indikerar på en okunskap kring vad hälsosamma livsstil innebär. Sjuksköterskans roll innebär att förebygga ohälsa genom att identifiera hälsorisker och informera om dessa.
- Syfte:** Syftet var att undersöka patienters följsamhet till livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.
- Metod:** En litteraturöversikt baserad på elva vetenskapliga artiklar som hämtades från databaserna Cinahl Complete och Google Scholar. Artiklarna var av både kvalitativ och kvantitativ metod. Samtliga artiklar analyserades och kategoriserades till gemensamma teman utifrån Fribergs trestegsmodell.
- Resultat:** Resultatet presenterades i tre huvudteman samt fem subteman. Första huvudtemat är *Individuella aspekter*, andra är *Sociala aspekter* och det sista och tredje huvudtemat är *Brister vid patientutbildning och information*. Resultatet visade på en låg följsamhet när det kom till fysisk aktivitet, kost och medicinsk behandling på grund av olika faktorer som relaterades till sociala aspekter och bristande information.
- Diskussion:** I litteraturöversikten diskuteras huvudfynden från resultatet i förhållande till bakgrunden, Dorothea Orems omvårdnadsteori, ny forskning samt författarnas egna reflektioner.
- Nyckelord:** Hjärtinfarkt, Livsstilsförändring, Patientföljsamhet, Riskfaktorer, Livsstil.

## Abstract

**Background:** In Sweden, approximately 5800 people died in 2018 as a result of a heart attack. The patient is often required to make lifestyle changes and adheres to the recommended treatment to reduce the risk of recurrence. There is an increase in unhealthy living habits in society, this indicates an ignorance of what a healthy lifestyle means. The nurse's role is to prevent ill-health by identifying health risks and informing them.

**Aim:** The aim was to investigate patient compliance to lifestyle changes after a heart attack.

**Method:** A literature review based on eleven scientific articles retrieved from the Cinahl Complete and Google Scholar databases. The articles were of both qualitative and quantitative method. All articles were analyzed and categorized into common themes based on Friberg's three-step model.

**Results:** The result was presented in three main themes and five sub-themes. The first main theme is *Individual aspects*, the second is *Social aspects* and the last and third main theme is *Lack of patient education and information*. The results showed low compliance when it came to physical activity, diet and medical treatment due to various factors related to social aspects and lack of information.

**Discussion:** The literature review discusses the main findings from the results in relation to the background, Dorothea Orem's nursing theory, new research and the authors' own reflections.

**Keywords:** Myocardial infarction, Lifestyle changes, Patient compliance, Riskfactors, Lifestyle.

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
HJÄRTINFARKT .....	2
RISKFaktorER .....	2
FÖLJSAMHET.....	4
LIVSSTIL.....	4
SJKSKÖTERSANS ROLL .....	5
REHABILITERING.....	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>7</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>TEORETISK UTGÅNGSPUNKT</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>10</b>
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>12</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
METODDISKUSSION .....	17
RESULTATDISKUSSION.....	19
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>23</b>
<b>FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING</b> .....	<b>24</b>
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>24</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING (* = RESULTATARTIKLAR)</b> .....	<b>26</b>
<b>BILAGA 1. SÖKMATRIS</b> .....	<b>30</b>
<b>BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT</b> .....	<b>34</b>

## Inledning

Hjärt- och kärlsjukdomar innefattar flera olika tillstånd med allt för ofta en dödlig utgång. Att drabbas av en hjärt- och kärlsjukdom påverkar den enskilde personen på olika sätt. Vi har båda en närstående som nyligen drabbats av en hjärtinfarkt och vi såg utmaningen i att förändra livsstilsvanor. Ett intresse kring sjukdomen hjärtinfarkt och dess uppföljning lockade till att utforska ämnet på närmare håll. Att leva med en närstående som plötsligt drabbas av en hjärtinfarkt och som snabbt ska anpassa sig till nya levnadsvanor kan vara en utmaning för oss som närstående men framförallt för den drabbade. Vi såg att motivationen till de rekommenderade livsstilsförändringarna hos våra närstående fanns där men det fanns även faktorer i deras vardag som gjorde det svårare att vara följsamma, exempelvis arbetsstress. Då vi under utbildningens gång har lärt oss att det ligger i sjuksköterskans roll att informera kring egenvård och livsstilsförändringar fanns ett intresse i att undersöka hur patienternas följsamhet till livsstilsförändringar ser ut efter en hjärtinfarkt. Finns det något vi som kommande sjuksköterskor kan ändra och förbättra för att förstå denna patientgrupp bättre vill vi hitta det. För om vi kan förstå dem bättre kan vi också stötta våra kommande patienter och närstående i sin livsstilsförändring och därmed förhoppningsvis minska risken för en ny hjärtinfarkt.

## Bakgrund

Socialstyrelsen (2019) visar i sin senaste statistik att ca 24 800 personer insjuknat i hjärtinfarkt år 2018 varav ca 5800 personer dog till följd av en hjärtinfarkt. I en jämförelse med hur det såg ut år 2002 innebär det en minskning med ungefär 35 respektive 56 procent i Sverige. Skillnaden på vilka som drabbas av män och kvinnor har minskat över tid, där män dock fortfarande är den stora gruppen som drabbas. Anledningarna till den positiva utvecklingen beror bland annat på att färre röker och att behandlingen av riskfaktorer såsom höga blodfettsnivåer och högt blodtryck har förbättrats. Socialstyrelsen (2019) menar vidare att det finns tydliga skillnader i förekomsten av hjärtinfarkt mellan grupper med olika utbildningsnivå. Det är vanligare att insjukna och dö i en hjärtinfarkt om personen enbart har en förgymnasial utbildning. Statistiken visar även att dödligheten i hjärtinfarkt kraftigt ökar med stigande ålder.

Enligt Hjärt- och Lungfonden (2019) så krävs ofta livsstilsförändringar för att minska risken för recidiv där sunda levnadsvanor är en stor del av behandlingen. Att ändra sina levnadsvanor förbättrar förutsättningarna för ett friskt och sunt liv trots sin sjukdom.

## Hjärtinfarkt

Ericson och Ericson (2012) beskriver hjärtinfarkt som en ischemisk hjärtsjukdom som orsakas av att något eller några delar av kranskärlen till hjärtat har ett försämrat blodflöde vilket påverkar att blodtillförseln blir allt för liten för hjärtats syrebehov. När hjärtat inte får tillräckligt med syre uppkommer en myokardischemi som kan yttra sig som arytm, hjärtinfarkt, kärlkramp (angina pectoris) eller som plötslig död. I kranskärlens intima har det oftast bildats ateroskleros, en sorts plack, som sker långsamt och successivt och uppkommer främst där en stor mängd blodflöde passerar, som vid förgreningsställen. Tidiga tecken på en myokardischemi är bröstsmärtor som framträder vid ansträngning. När det har gått så långt att kranskärlens blodflöde har reducerats till mindre än hälften av ett normalt flöde, är det högst troligt att bröstsmärtorna redan uppträder i vila. Smärtan kan sprida sig mot vänster arm, ut i ryggen, upp mot käken eller upp i nacken. Hos kvinnor är det vanligare att symtom framträder i form av illamående, kallsvettighet, ångest eller andfåddhet, snarare än bröstsmärtor. Samtidigt menar Ericson och Ericson (2012) att en hjärtinfarkt kan förekomma utan några symtom alls, vilket gör att sjukdomen blir farlig och det är av stor vikt att en person med pågående hjärtinfarkt får hjälp snabbt för att öka överlevnaden.

Canto et al. (2012) gjorde en observationsstudie där de undersökte hur sambandet mellan kön och ålder såg ut med eller utan bröstsmärta som symtom hos patienter som haft hjärtinfarkt. Studien visade att det var fler kvinnor som inte fick bröstsmärtor och dödligheten var större hos kvinnorna än hos männen som inte fick bröstsmärtor.

## Riskfaktorer

Ericson och Ericson (2012) tar upp att de riskfaktorer som finns för att få en hjärtinfarkt är rökning, snusning, högt blodtryck, övervikt och fetma samt förhöjda blodfettsnivåer som tillkommer om måltiderna är för stora och tunga, då det belastar cirkulationen. Ett rök- och snusstopp är den enskilt bästa åtgärden för att minska risken för att få fler hjärtinfarkter. Vinsterna med att sluta röka är många, den främsta fördelen är att de aterosklerotiska förändringarna i kärlen avtar och risken för hjärtdöd hastigt minskas. Ett rökstopp gynnar även risken för reinfarkt. Iversen, Jacobsen och Løchen (2013) bekräftar i en studie att rökning ökar risken för hjärtinfarkt. Det var en hög procent av kvinnorna i studien som aldrig hade rökt själva, men av de kvinnor som hade varit utsatta för passiv rökning i minst 30 år fick nästan hälften av kvinnorna i studien en hjärtinfarkt. Hjärt- och Lungfonden (2019)

beskriver högt blodtryck som en riskfaktor till hjärtinfarkt eftersom det försvårar hjärtats pumparbete och leder därmed till förändringar i själva hjärtmuskeln. Vid ett högt blodtryck som förblir obehandlat kan det på sikt leda till att åderförfattningen ökar och det gör att kärlväggarna blir mindre elastiska och hårdare. Den tredje riskfaktorn som nämns är höga halterna av det skadliga kolesterolet LDL. Vid för höga halter ökar risken för att drabbas av åderförfattning, som i sin tur ökar risken för hjärtinfarkt då det bildas förträngningar i blodkärlen. Det som påverkar nivåerna av kolesterol i kroppen är vårt arvsanlag och det vi äter. Vidare beskriver Hjärt- och Lungfonden (2019) att personer med fetma och övervikt ofta är den grupp personer som löper stor risk för att insjukna och även avlida i hjärtinfarkt. Det handlar främst om bukfetman som betyder att risken ökar. Till sist nämns att stress kan bero på en dålig livssituation hemma eller på arbetet vilket kan medföra dålig sömn eller nedstämdhet som ofta leder till försämrade levnadsvanor. Försämrad kost och för lite eller ingen motion alls är några av konsekvenserna om stressen tar över. Att leva med konstant stress påverkar blodkärlen och ökar risken för proppbildning.

Svärdsudd (2011) skriver att insjuknandet i hjärtinfarkt till stor del kan associeras till psykosociala faktorer, kroniska stressorer och emotionella faktorer. Kroniska stressorer kan vara stress både inom arbetet och äktenskapet, låg socioekonomisk status, lågt socialt stöd. Emotionella faktorer kan vara depression, fientlighet, ångest och ilska. Svärdsudd (2011) beskriver ett projekt där effekten av ett kognitiv beteendeterapibaserat interventionsprogram undersöktes. En grupp som fick KBT jämfördes med en annan grupp som enbart fick den traditionella informationen och behandlingen. Under de första 2 åren såg man ingen skillnad mellan kontrollgruppen och KBT gruppen men efter 8 år hade KBT gruppen minskat insjuknandet i hjärtinfarkt med hela 48% och dödligheten minskade med 28%.

I en studie gjord av Du, Dong och Lin (2015) i Kina jämfördes en grupp med patienter som hade fått sin första akuta hjärtinfarkt med en kontrollgrupp som inte hade haft hjärtinfarkt. Resultatet från studien visade att faktorer som dåliga kostvanor, stress, sömnsvårigheter, rökning, fatigue, högt blodtryck, diabetes, BMI, högt kolesterol och högt blodsocker var tydliga riskfaktorer för att få sin första akuta hjärtinfarkt. I ytterligare en studie gjord av da Paixão Monteiro et al. (2019) lyfter författarna vikten av att arbeta mer förebyggande med de mest kända riskfaktorerna som finns för hjärtinfarkt. Det framkommer även i resultatet att dödligheten för hjärtinfarkt har minskat de senaste decennierna.

Yandrapalli, Nabors, Goyal, Aronow och Frishman (2019) gjorde en studie i USA, 1,462,168 inkluderades i studien och alla hade fått sin första hjärtinfarkt. De vanligaste riskfaktorerna som deltagarna hade var rökning, blodfettsubbningar och högt blodtryck och

många av deltagarna hade minst en av dessa riskfaktorer. Författarna kunde utläsa i studien att det finns skillnad i vilka de vanligaste riskfaktorerna är när det kommer till kön och etnicitet.

## **Följsamhet**

Enligt World Health Organization (WHO, 2003) definieras begreppet adherence, som är det engelska ordet för svenskans följsamhet, att en persons beteende vad gäller följsamhet till medicinering, diet och genomförandet av livsstilsförändringar, motsvarar de rekommendationer som personen kommit överens med sin vårdgivare om.

Ahmed och Aslani (2014) skriver att compliance är det begrepp som tidigare användes med nästintill samma definition som adherence. Compliance fick en negativ association då begreppet antydde att patienten hade en passiv roll i att enbart följa en ordination från läkaren. Genom att införa begreppet adherence tillät man patienterna att vara mer delaktiga i sin egen vård och begreppet compliance är inte lika attraktivt längre.

## **Livsstil**

Giddens (1999) definierar begreppet livsstil som en mer eller mindre integrerad uppsättning praktiker som en person följer. Livsstilen innefattar olika val och möjligheter och är snarare något som man lägger sig till med än något som går i arv. Rutinerna som följs är reflexivt öppna för förändringar utifrån självidentitetens rörliga karaktär. Vidare menar Giddens (1999) att det som karakteriserar en livsstil är att den är bunden till en specifik handlingsmiljö. Då människor ofta rör sig mellan olika platser och miljöer kan de känna en känsla av att vara illa till mods när de befinner sig i miljöer som på ett eller annat sätt ifrågasätter deras egen livsstil. Ringsberg (2014) skriver att vi idag pratar om att varje individ ansvarar för sin egen hälsa, vilket innebär att varje individ behöver kunna förstå och tolka definitionen av hälsa. Individen behöver sedan överföra denna kunskap i sitt levnadssätt för att kunna främja hälsa. Det sker en ökning av livsstilsrelaterad ohälsa i samhället vilket indikerar på att många individer saknar just denna förmåga eller kunskap. Det engelska begreppet "health literacy" och svenskans översättning "hälsokunskap" eller "hälsomedvetenhet" kan användas som ett verktyg för att öka människors medvetenhet till att få kontroll och ta ansvar över sin egen hälsa. Begreppet innebär att individen själv ska kunna söka information och att kunna fatta beslut som främjar hälsan. Detta är inte en förmåga som alla besitter utan den behöver ibland tränas, gärna redan i barndomen. Det finns en modell som heter Nordiska Livsstilsverkstan, den är utvecklad för förskolor och kan användas av sjuksköterskan som ett verktyg för att



kunna öka föräldrars eller pedagogernas förståelse och hälsomedvetenhet. Förhoppningen med Nordiska Livsstilsverkstan är att man ska skapa goda förebilder för barnen genom att vuxna visar hur en hälsofrämjande livsstil ser ut. Wiseman, Harris och Lee (2016) har i sin studie undersökt resultatet av att introducera livsstilskunskap till barn i förskoleåldern mellan tre till fem år. Två grupper studerades varav den ena gruppen fick åldersanpassad information kring kost och fysisk aktivitet medans den andra gruppen inte fick någon information alls under studiens gång. Resultatet visade att interventionsgruppen hade bättre kunskap kring hälsosamma livsstilsval än kontrollgruppen, speciellt när det gällde hälsosam och ohälsosam kost.

Ringsberg (2014) skriver att en människas hälsa påverkas till 45 % av faktorer som är relaterade till livsstil och beteenden, exempel på sådana faktorer kan vara kost, droger, fysisk aktivitet eller riskfyllt beteende. En viss livsstil kan orsaka sjukdom och det är sjuksköterskan som har den viktiga uppgiften att informera och utbilda om vilka risker en viss livsstil kan medföra. Detta är något som görs i syfte att både förebygga att en redan befintlig sjukdom förvärras och att sjukdom uppkommer. Den livsstil som en människa har påverkar hur vi väljer att hantera olika situationer, det i sin tur påverkar vår hälsa positivt eller negativt beroende på hur vi väljer att agera. Avslutningsvis menar Ringsberg (2014) att det inte går att särskilja livsstilsfaktorer, miljö, individens beteende och förhållningssätt i från varandra. I en studie av Odegaard, Koh, Gross, Yuan, och Pereira (2011) kommer det fram i resultatet att risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom blir större i kombination av flera ohälsosamma livsstilsvanor än vid enbart en ohälsosam vana.

## **Sjuksköterskans roll**

Sjuksköterskans arbete utförs inom flera olika verksamhetsområden och under olika vårdformer där arbetsuppgifterna kan variera mycket (Willman, 2014). Sjuksköterskan har som uppgift att ta tillvara det friska hos alla patienter samt att förebygga och kunna identifiera de hälsorisker som finns. Om det även finns behov för att motivera till förändrade levnadsvanor, så ligger det på sjuksköterskans roll. Det ingår även att göra en bedömning av patientens egna resurser och förmåga till egenvård i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa. Ternstedt och Norberg (2014) skriver om identitetsbefrämjande omvårdnad som handlar om att patientens livstolkning har en central utgångspunkt i mötet. Vid sjukdom och ohälsa kan individens självbild och identitet ifrågasättas till följd av att individens vardagliga rutiner ej kan fortskrida. Det är de vardagliga rutinerna som främjar livskvalitet och ger stadga

i livet. Det är därför viktigt att sjuksköterskan försöker sätta sig in i patientens situation genom att aktivt lyssna och ställer sig frågande till vad detta innebär för patienten.

I "Indikationer för hälsofrämjande omvårdnad" (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) går det att läsa om hälsofrämjande omvårdnad. De tar upp att på det sätt som sjuksköterskan förstår begreppet hälsa och vilken följd den har, påverkar hur vi sedan utför den hälsofrämjande omvårdnaden. För att kunna planera, genomföra och utvärdera insatserna i den hälsofrämjande omvårdnaden krävs det att syftet, processen och resultatet tydliggörs. Processen innefattar vad sjuksköterskan och patienten gör under interventionen. Det är viktigt att patienten är involverad och delaktig i processen för att öka kontrollen över sin hälsa. Här har sjuksköterskan en viktig roll genom att ge patienten möjlighet till att fatta egna beslut genom en individuell planering, adekvat kunskap och information. Sjuksköterskan kan också stötta patienten i sin upplevelse av motivation och hopp. Vidare går det att läsa att sjuksköterskan har en viktig roll genom att inspirera till att undervisa om risker för ohälsa samt att inspirera till goda levnadsvanor.

Bayrak och Tosun (2018) undersökte i sin studie hur sjuksköterskans arbete kan förebygga hjärtinfarkt och hur kunskapen kring hjärtinfarkt såg ut hos patienter med högt blodtryck. Hälften av patienterna ansåg sig vara tillräckligt pålästa kring förebyggande åtgärder men de uttryckte att de saknade kunskap inom vissa områden som korrekt och effektiv träning, stresshantering och kostkunskap. Resultatet visade att patienterna inte var medvetna om alla olika symtom som kan uppkomma vid en hjärtinfarkt, deltagarna i studien uttryckte att de önskade få utbildning och information från en sjuksköterska kring vad man ska göra för att förebygga en hjärtinfarkt samt information och kunskap kring riskfaktorer och symtom. I en annan studie framkom det att sjuksköterskorna hade en viktig roll när det kom till att utbilda och informera patienterna om riskfaktorer och rekommenderade livsstilsförändringar. Sjuksköterskorna hjälpte patienterna att identifiera och försöka ta bort eventuella hinder som kan försvåra följsamheten hos patienterna. (Voogdt-Pruis, Beusmans, Gorgels & Van Ree, 2011).

## **Rehabilitering**

Att få en hjärtinfarkt är för de allra flesta en chockartad upplevelse (Ericson & Ericson, 2012). Sjukdomen kommer plötsligt, ångest tillkommer som en svår komponent, smärtan är kraftig och rädslan för döden gör sig påmind. Dessa känslor kan sammanfattas som att patienten går igenom en krisreaktion, vilket är en vanlig följd. Det är viktigt att patienten och dess

närstående lär sig att känna igen symtomen på en krisreaktion och samtidigt förstår dess olika faser. Att få sakkunnig hjälp och stöd under den svåra tiden är enormt viktigt. När patienten fortfarande befinner sig på sjukhuset erbjuds flera informationstillfällen både enskilt och i grupp med patienter i samma sats. När patienten skrivs ut ordnas ett utskrivningssamtal som hålls av både läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Under samtalet ges råd som syftar till att reducera riskerna för en reinfarkt. Kända riskfaktorer påpekas igen där frågan om rökstopp lyfts extra mycket. Det informeras även om att alkohol i större mängder avråds då berusningen ökar blodets stresshormoner. Upprepad och saklig information om vad som har hänt är viktig, det är även av stor vikt att informationen har samma innehåll oavsett om det är patienten eller dess närstående som får den, allt för att patienten inte ska uppleva osäkerhet. Ericson och Ericson (2012) nämner att man har funnit i flertalet studier att mångsidiga rehabiliteringsprogram som erbjuds efter en hjärtinfarkt förbättrar den fysiska och psykiska hälsan. Under programmets gång informerar dietisten om kostens betydelse för utvecklingen av ateroskleros. Läkaren informerar om riskfaktorer, kranskärslsjukdomar och om olika terapimetoder. Sjuksköterskan ger utökad läkemedelsinformation samt förtydligar tidigare information som getts. Sjukgymnasten informerar om fysisk aktivitet och leder motionsprogram. Till sist ger kuratorn information om sociala frågor och psykiska reaktioner. När det kommer till råd om livsstilsförändringar handlar det i stort om att patienten behöver konditionsträning, införa ett rök- och snusstopp samt att få hjälp med matvanor och dietråd.

Martin et al. (2013) gjorde en studie där patienter som hade en hjärt- och kärlsjukdom deltog. Konditionstest gjordes och deltagarna delades därefter in i tre olika grupper låg, måttlig och hög kondition sedan deltog deltagarna i en omfattande hjärtrehabilitering under 12 veckor. Alla tre grupper förbättrade sina konditionstest efter 12 veckor men den gruppen som gjorde den största förbättringen var deltagarna som startade med lägst kondition, det var även den gruppen med störst samsjuklighet. Resultatet visade att hjärtrehabilitering bidrog till förbättrad kondition som i sin tur minskade dödligheten.

## **Problemformulering**

Hjärtinfarkt är en vanlig dödsorsak i Sverige trots att dödsfallen har minskat under det senaste decenniet. Forskningen visar på att hjärtinfarkt till stor del orsakas av människans val av livsstil där ett flertal av livsstilsfaktorerna i kombination med varandra påverkar personens hälsa negativt. Det är sjuksköterskans roll att informera och vägleda patienter om vilka risker som finns i dennes levnadsvanor för att minska risken för recidiv. Frågan är hur det kommer sig att så många personer insjuknar i hjärtinfarkt trots information från sjuksköterskan om

livsstilsförändringar och riskfaktorer. Det är angeläget att genomföra denna litteraturoversikt för att öka sjuksköterskans förståelse för patientgruppen och möjlighet till att guida och informera på bästa sätt för att minska återinsjuknandet och dödligheten.

## Syfte

Syftet var att undersöka patienters följsamhet till livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.

## Teoretisk utgångspunkt

Dorothea Orem's omvårdnadsteori egenvårdsbalans, fokuserar på den kapabla människan och att varje individ har förmågan till att kunna se om sina egna, men även sina närståendes behov, samt att kunna åstadkomma en känsla av balans i livet (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012). En vuxen människa har den kapacitet som krävs för att kunna agera rationellt i situationer, för att kunna rå om sin egen hälsa samt ha rätt förmåga för att kunna bestämma över sin egen utveckling. Däremot uppstår det situationer då egenvårdsbehovet hos individen blir tyngre än vad individen själv klarar av att tillfredsställa. Individen behöver professionell omvårdnad vilket innebär att sjuksköterskan kan stötta samt hjälpa individen tillbaka till en balans mellan kraven och den egna förmågan för egenvård. Begreppet omvårdnadskapacitet beskrivs som något där sjuksköterskan i sin roll uppmärksammar situationer där egenvårdsbrist hos individen kan uppkomma.

Orem (2001) menar att begreppet hälsa har en koppling till egenvårdsbalansen vilket betyder att människan har en förmåga och vilja att själv, eller tillsammans med andra möta kraven på egenvård som kan uppkomma i olika skeden i livet. Hälsa innefattar även människans egna kapacitet till att förhålla sig på ett optimalt sätt inför de krav som ställs på tillvaron. Därför blir förmågan till egenomsorg en förutsättning för hälsa och för att motverka sjukdom. Dorothea Orem har sedan tidigt definierat egenvård som "aktiviteter som individer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande" (Orem, 2001). Genom att ha den kapacitet som behövs för att uppnå de förmågor och kunskaper som är nödvändiga för att kunna vårda sig själv och sina nära, utgörs människans egenvårdskapacitet.

Egenvårdskapaciteten är bunden till människans grundläggande förmåga att agera målinriktat och medvetet utifrån de färdigheter, värderingar och kunskaper som finns. Men det finns olika typer av skador, ohälsa och sjukdomar som ställer högre krav på att en person ska klara av den egenvård som krävs. Sjukdomen kan kräva olika egenvårdsbehov beroende på vilka hälsoavvikelserna är.

Vidare beskriver Orem (2001) sin teori om egenvårdsbalans som en generell teori för omvårdnad som byggs upp av tre del-teorier 1) *egenvårdsbrist*, 2) *egenvård* och 3) *omvårdnadssystem*. I den första del-teorin om egenvårdsbrist menas att begränsningar hos en persons förmåga att upprätthålla egenvårdsbalans blir påverkade och begränsar olika livsomständigheter. Med den andra del-teorin om egenvård menas att egenvård delvis är ett inlärt beteende, men att det även är en medveten handling då egenvården utförs i ett bestämt syfte. Faktorer som hälso- och sjukvårdssystemet, yttre miljön, tillgång till adekvata resurser och den sociokulturella miljön är betydelsefulla för en persons förmåga att kunna tillgodose egenvårdskraven. I den sista del-teorin som handlar om omvårdnadssystemet kopplas de andra två del-teorierna samman. Sjuksköterskans systematiska arbete är det som omvårdnadssystemet resulterar i och skapar förutsättningar för vårdprocessen, genom att kunna stödja människor till att utveckla sin egenvårdskapacitet samt till att tillmötesgå egenvårdskraven. Wiklund Gustin och Lindwall (2012) skriver om vad Orem's omvårdnadssystem innebär och förklarar dem utifrån tre aspekter: Det första är *ett fullständigt kompenserande system* som innebär att patientens förmåga till egenvård just för stunden inte fungerar alls och behöver kompenseras med hjälp av sjuksköterskans åtgärder. Det kan handla om att en patient är medvetslös och då behöver hjälp med att utföra basal omvårdnad. Det andra systemet som är *ett delvis kompenserande system* handlar om att patienten klarar av att sköta sin dagliga hygien och kan tillgodose de flesta egenvårdsbehoven men behöver hjälp med exempelvis enstaka omvårdnadsåtgärder. Det sista systemet som är *ett stödjande/undervisande system* syftar till de patienter som fysiskt klarar av att genomföra de planerade egenvårdande aktiviteter, men det finns fortfarande ett behov av stöd från sjuksköterskan för att utveckla sin förmåga. Den patientgrupp som författarna har valt att inrikta sig på i denna litteraturöversikt befinner sig främst i steg tre av ovan nämnda system.

Orem (2001) menar vidare att sjuksköterskan har den kompetens som behövs för att uppfatta en befintlig eller hotande obalans mellan de egenvårdskrav som situationen kräver och patientens egenvårdskapacitet som hälsotillståndet framkallar. Utifrån bedömningen ska sjuksköterskan, i samråd med patienten och de närstående, ta fram en omvårdnadsplan för att minska egenvårdsbehovet hos patienten.

Författarna har valt Dorothea Orem's teori, egenvårdsbalans, då den tydligt går att applicera till syftet för denna litteraturöversikt. Egenvården efter en hjärtinfarkt har stort fokus för att förbättra livskvaliteten och för att minska risken för recidiv. Att som sjuksköterska då kunna ha egenvårdsteorin i åtanke under mötet med drabbade patienter kan underlätta förståelsen för vad som förväntas av båda parter.

## Metod

Författarna har valt att göra en litteraturöversikt eftersom det visar på ett aktuellt kunskapsläge inom ett specifikt omvårdnadsområde (Segesten, 2017). Sökningen inkluderade både kvalitativa och kvantitativa artiklar då Segesten (2017) menar att det ger ett bra resultat för studien. En litteraturöversikt innebär ett systematiskt arbete där utvalda texter analyseras och samtliga steg noggrant redovisas för att fastställa det aktuella forskningsläget (Segesten, 2017).

## Urval

Artiklarnas inklusionskriterier begränsades till åren 2011 - 2020, de skulle vara skrivna på engelska, samt vara peer reviewed. Östlundh (2017) förklarar att peer reviewed innebär att artiklarna är granskade och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Ytterligare inklusionskriterier som författarna valde var att artiklarna skulle vara originalartiklar samt vara fritt tillgängliga i fulltext för att alla ska kunna ta del av artikeln i sin helhet. Samtliga åldersgrupper inkluderades för en bredare sökning. Både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderades. Artiklar som kostade pengar samt studier där deltagarna inte hade haft en hjärtinfarkt och där studien inte heller svarade på syftet exkluderades. Litteraturöversiktens urval av artiklar utfördes utifrån ett helikopterperspektiv (Friberg, 2017).

Helikopterperspektivet innebär att författarna skapade en översikt av artiklarnas syfte och relevans. När författarna gjorde urvalet av artiklar så lästes först titeln för att utläsa om artikeln var relevant för syftet, om relevans fanns så gjordes en kritisk överblick av sammanfattningen (abstract). Vidare granskades metod och resultat för att avgöra om det var en användbar artikel för bakgrunden, resultatet eller diskussionsdelen. För att säkerställa att artiklarna uppfyllde inklusionskraven för författarnas litteraturöversikt granskades de utvalda artiklarna i sin helhet (Friberg, 2017). Efter urvalet så inkluderades elva stycken vetenskapliga artiklar till analysen.

*Se bilaga 2.*

## Datainsamling

Friberg (2017) beskriver att i en datainsamling ska databaser som inriktar sig till ämnesområdet väljas för att få bästa tänkbara sökträffar utifrån det valda syftet i sin litteraturöversikt. Författarna har sökt i databaserna CINAHL Complete och Google Scholar, då CINAHL Complete innehåller vetenskaplig forskning från ämnesområden som omvårdnad

och rehabilitering och Google Scholar innehåller forskning från världen över (Friberg, 2017). Författarna har använt sig av Svensk MeSH för att hitta rätt medicinska ämnesord till de kommande sökblocken. Sökningen i databaserna gjordes med fritextsökning och de ämnesord som författarna fick fram från Svensk MeSH. Ett av sökblocken baserade på sökord som hade med livsstilsförändringar och följsamhet att göra och det andra sökblocket innehåll sökord som har med sjukdomen hjärtinfarkt att göra. Boolesk sökteknik användes genom att kombinera sökorden med ett OR eller AND (Östlundh, 2017). Sökorden i respektive sökblock kombinerades med ett OR och när två sökblock lades ihop adderades ett AND. På så sätt fick författarna fram ett sökresultat som svarade upp mot syftet. De sökord som användes var: *Myocardial infarction, heart attack, acute coronary syndrome, risk factors, mortality, prevention and control, hypertension, cardiovascular risk factors, relapse, lifestyle changes, guideline adherence, patient adherence, treatment adherence and compliance, patient compliance, recurrence, lifestyle, medication adherence, medication compliance, prevention, social class, socioeconomic status, socioeconomic factors.*

I sökmatriisen har författarna beskrivit hur sökningarna utfördes (Se bilaga 1).

## **Dataanalys**

Författarna har analyserat artiklarna enligt Fribergs (2017) trestegsmodell. Det första steget handlade om att läsa studien ett flertal gånger i sin helhet där öppenhet och följsamhet var viktiga aspekter enligt Friberg (2017). Respektive författare läste igenom de utvalda artiklarna för att förstå helheten, där studiens resultat låg i fokus. Författarna läste studierna med en öppenhet och följsamhet. De utvalda artiklarna skrevs ut för att lättare kunna utföra steg två som enligt Friberg (2017) handlar om att upptäcka likheter och skillnader i studiernas resultat. Författarna diskuterade artiklarnas resultat med varandra för att säkerställa vilka likheter och skillnader författarna hade uppfattat. Författarna undersökte om fynden i resultatet gick att koppla till litteraturöversiktens syfte. I det tredje steget, enligt Friberg (2017), sorteras innehållet som handlar om samma sak under passande rubriker och det utarbetades teman och subteman. Författarna gjorde en översikt av resultaten från varje enskild studie för att sortera ut lämpliga huvudteman och subteman genom färgkodning med överstryckningspennor som jämfördes och relaterades till varandra.

## Forskningsetiska överväganden

Kjellström (2017) skriver att betydelsen av forskningsetik vid ett examensarbete är att värna om människors självbestämmande, integritet och lika värde hos alla personer vilket görs genom att välja ut artiklar som är granskade av en forskningsetisk kommitté. Begreppet självbestämmande innebär inom forskningen att de som medverkar själva ska få bestämma om de vill medverka och framförallt hur länge de vill medverka i projektet. De etiska aspekterna handlar om allt som innefattas inom projektet, allt från praktiskt genomförande och rapportering till vilket ämne som väljs. Detta innebär att det ständigt behöver göras en etisk reflektion under hela projektets gång.

För att på bästa sätt värna om forskningsetikens viktiga delar har författarna till denna litteraturöversikt valt att i största möjliga mån använda artiklar som är etiskt granskade och etiskt godkända. I de fall där artiklarna saknade etiskt godkännande har författarna utgått från de fyra grundläggande principerna för integritet som ligger till grund för god forskningsed. Enligt Vetenskapsrådet (2018) är dessa fyra grundprinciper tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvarighet. Författarna har utefter dessa grundprinciper granskat och säkerställt att artiklarna håller hög kvalitet genom att granska design, metod och analys. Författarna har även varit noggranna med att inte plagiera, att citera korrekt samt att på ett korrekt sätt källhänvisa till rätt referenser.

## Resultat

Resultatet i denna litteraturöversikt baserades på elva stycken vetenskapliga artiklar. Artiklarna utgjordes av både kvalitativa och kvantitativa studier. De flesta studier var utförda i olika delar av världen där två av artiklarna var från Sverige. Författarna analyserade artiklarnas resultat och kategoriserade dem till tre huvudteman, där två teman indelades till flertalet subteman: Individuella aspekter - *Hinder vid fysisk aktivitet*, *Kost, rökning och alkohol* samt *Inställning till medicinsk behandling*, Sociala aspekter - *Socioekonomisk påverkan*, *Socialt stöd* och *Brister vid patientutbildning och information*

### Individuella aspekter

Temat beskriver vilka individuella faktorer som i stort påverkade patientens följsamhet till livsstilsförändringar. I subtemat *Hinder vid fysisk aktivitet* framkommer en låg följsamheten till de rekommenderade fysiska aktiviteterna. Subtemat *Kost, rökning och alkohol* visar på att



det finns en låg följsamhet och okunskap. Det sista subtemat *Medicinsk behandling* visar på att det finns delade meningar i vad medicinsk behandling innebär.

### *Hinder vid fysisk aktivitet*

Flertalet av studierna lyfte fram att följsamheten hos patienter som haft en hjärtinfarkt var låg när det gällde den rekommenderade fysiska aktiviteten (Mifsud., 2017; Fernández et al., 2019; Gonzalez-Chica et al., 2019; Köhler, Nilsson, Jaarsma & Tingström., 2016). Det framkom att negativ stress, hög ålder, dålig hälsa, brist av njutning från fysiska aktiviteter, låga förväntningar på fördelarna med fysisk aktivitet var några av de hinder som förknippades med varför följsamheten till fysisk aktivitet var låg (Mifsud., 2017; Gonzalez-Chica et al., 2019). Ett annat hinder som författarna kunde utläsa från studierna var att många kände en oro för att få en ny hjärtinfarkt vid fysisk aktivitet (Köhler et al., 2016). En av studierna visade att kvinnor motionerade mindre än vad män gjorde och att mindre än 50% av de 973 patienterna som deltog i studien, faktiskt ökade den fysiska aktiviteten efter sin hjärtinfarkt (Fernández et al., 2019).

### *Kost, rökning och alkohol*

Tre av studierna visade att många patienter var medvetna om att hälsosammare kost var en förebyggande åtgärd för att minska risken för en ny hjärtinfarkt, men att det fanns en okunskap i vad hälsosam kost innebar (Mifsud., 2017; Fernández et al., 2019; Gonzalez-Chica et al., 2019). Det framkom i en av studierna att män hade en signifikant högre procent av ohälsosamt beteende i jämförelse mot kvinnor där 33,1%, av 658 män jämfört med 22,2% av 315 kvinnor hade en sämre kosthållning än vad som rekommenderades efter sin hjärtinfarkt (Fernández et al., 2019). Samma studie visade att två tredjedelar av den totala mängden på 973 patienter hade ändrat sin kost. Flertalet av patienterna som fått en hjärtinfarkt har en bakgrund som rökare tidigare i livet eller rökte vid tillfället då de fick en hjärtinfarkt. Rökning framkom i studierna som en stor riskfaktor till ett återfall och resultatet visade att en stor andel av patienterna faktiskt slutade att röka efter sin första hjärtinfarkt (Mifsud., 2017; Fernández et al., 2019; Gonzalez-Chica et al., 2019). I studien gjord av Mifsud (2017) visade resultatet att 90,5% ( $n = 193$ ) av de som rökte hade försökt att sluta men att 31,6% av dem inte lyckades utan fortsatte att röka. Bland de patienter som konsumerade alkohol, 12 månader efter sin hjärtinfarkt, var ca 50% män ( $n = 1881$ ) och det gick att utläsa att kvinnor var mindre benägna än män till att minska sin alkoholkonsumtion (Gonzalez-Chica et al., 2019).

### *Inställning till medicinsk behandling*

I flera studier visade resultatet att följsamheten till medicinsk behandling varierade och påverkades av olika faktorer (Fung, Graetz, Reed & Jaffe., 2018; Dolezel & Jarosova., 2019). Flertalet patienter föredrog att vidta egna livsstilsförändringar framför medicinsk behandling och många patienter överlag visade sig ogilla att ta mediciner. Det fanns istället en starkare tillit till sin egen självläkning. I en studie gjord av Fung, Graetz, Reed & Jaffe (2018) visade resultatet att utbildning kring läkemedel ökade följsamheten hos patienterna. Det kom även fram att det fanns en grupp människor som hade problem med att komma ihåg att ta sina läkemedel (Dolezel & Jarosova., 2019). I studien gjord av Dolezel och Jarosova (2019) kom det fram att personerna med en högre upplevd risk för hjärtinfarkt var mindre benägna att följa den farmakologiska behandlingen.

### **Sociala aspekter**

I temat beskrivs vilka sociala faktorer som påverkade patientens följsamhet till livsstilsförändringar i två subteman. Subtemat *Socioekonomisk påverkan* visar på att den socioekonomiska statusen påverkar patientens möjlighet till följsamhet. I subtemat *Socialt stöd* framkommer det att det sociala stödet har en avgörande roll då det stärkte patienten i att utföra sin egenvård.

#### *Socioekonomisk påverkan*

I två av studierna framkom det att patientens socioekonomiska situation hade betydelse i hur följsamma de var till livsstilsförändringar (Young & Barnason, 2015; Gonzalez-Chica et al., 2019). Bland annat hade boendesituationen en påverkan på följsamheten beroende på om patienten bodde på landsbygden eller i stan. För de patienter som bodde på landsbygden blev långa avstånd och brist på till exempelvis gruppträningsprogram eller hälsokostbutiker ett hinder som påverkade patienternas följsamhet negativt. I studien gjord av Young och Barnason (2015) kom det fram att någon deltagare hade 26 mil att köra till hjärtrehabiliteringen vilket gjorde att patienten stod ut att köra den sträckan i endast två veckor. En annan menade att det är för långt att köra och åker endast om läkaren verkligen insisterar. En tredje deltagare bodde i en väldigt liten stad med endast 1000 invånare och sa att mataffären saknade hälsosam mat. Det gick att utläsa i studien gjord av Gonzalez-Chica et al. (2019) att 40,9%, av 2384 deltagare, bodde på landsbygden vilket resulterade i en lägre följsamhet. I samma studie gick det att utläsa att 45,2% hade en låg socioekonomisk position

vilket påverkade deras fysiska aktivitet till det sämre. Vidare gick det att utläsa att 37% av deltagarna, med samma låga socioekonomiska position, hade ett sämre intag av frukt och grönt. I flera studier visade resultatet även att utbildningsnivån hos patienterna hade en avgörande betydelse för både följsamheten och dödligheten efter en hjärtinfarkt (Young & Barnason, 2015; Gonzalez-Chica et al., 2019; Cafagna & Seghieri, 2017). I studien gjord av Gonzalez-Chica et al. (2019) saknade 22,3% av 2384 deltagare eftergymnasial utbildning vilket gjorde att följsamheten till de livsstilsförändringar som rekommenderades var lägre än hos de personer som hade en högre utbildning.

Cafagna och Seghieri (2017) undersökte i sin studie hur dödligheten och återinskrivning av patienter såg ut 30 dagar efter en hjärtinfarkt samt hur sambandet med deras socioekonomiska status såg ut. I studien delades patienterna in efter låg, medel eller högre utbildningsnivå och undersökte hur dödligheten såg ut hos 23,402 patienter 30 dagar efter en hjärtinfarkt. Resultatet visade att dödligheten uppmättes till 7% efter 30 dagar. Det undersöktes hur många av patienterna som blev återinskrivna efter 30 dagar från deras första inskrivning, och resultatet visade att det var 12,3%, av 22,181 patienter. Resultatet i studien visade tydligt att patientgruppen med en lägre utbildningsnivå hade en högre risk för dödlighet och återinskrivning efter 30 dagar jämfört med patientgruppen med medel eller högre utbildning.

### *Socialt stöd*

Patienter som upplevde oro och depression hade svårare att följa den rekommenderade egenvården. Det visade sig att det sociala stödet hade en avgörande roll genom att det minskar stressnivåerna, oro och depression hos patienterna (Shin, Hwang, Jeong & Lee 2013; Ergatoudes et al. 2016; Köhler, Nilsson, Jaarsma & Tingström 2016). Det sociala stödet kan komma från olika relationer som patienten har runtomkring sig, närstående, arbetskamrater, nära vänner och från en kontinuerlig relation med vårdpersonalen. Det sociala stödet förstärkte även patienternas tro på sin egen förmåga vilket i sin tur ledde till att patienterna fick en bättre följsamhet till de rekommenderade livsstilsförändringarna. Patienterna själva uttryckte vikten av att få vara självständig och att det var upp till de själva om de ville vara följsamma och förändra sina levnadsvanor. En patient som deltog i studien av Young och Barnason (2015) menade att dennes sjuksköterska från hemsjukvården var bra på att låta personen göra sina egna saker och det som denne var bra på själv, och om någon skulle vilja

ändra på patientens livsstil med tvång så skulle det bli motstånd genom att patienten säger nej till att bli fräntagen sin självbestämmanderätt.

### **Brister vid patientutbildning och information**

I flertalet av artiklarna framkom det att det fanns en bristande kunskap hos patienterna när det gäller förekomst, förebyggande åtgärder och livsstilsförändringar för hjärtinfarkt (Köhler, Nilsson, Jaarsma & Tingström., 2016; Young & Barnason., 2015). Otydlig och otillräcklig information som inte individanpassades till patienterna från vårdpersonalen vid utskrivning, vilket ledde till missförstånd hos patienterna och en låg följsamhet till livsstilsförändringar. Missförstånden kunde handla om att patienterna fick fel uppfattningen om att deras hjärtproblem blivit botade efter en koronar revaskularisering och att livsstilsförändringar inte längre var nödvändiga. Flertalet patienter hade också en felaktig bild av att ansträngande fysisk aktivitet kunde vara farligt och eventuellt orsaka en ny hjärtinfarkt. Många av patienterna var besvikna på den information som de blev tillgivna vid utskrivning och många kom inte ihåg vem av vårdpersonalen som hade givit rådgivningen om livsstilsförändringar. Denna besvikelse visade sig sedan i bristande motivation och en mer negativ inställning till livsstilsförändringar i patientens hemmiljö (Köhler, Nilsson, Jaarsma & Tingström., 2016; Young & Barnason., 2015). Information och utbildning var bristande från vårdpersonalen till patienterna och studierna visade att det hade en betydande faktor vad gäller följsamheten till livsstilsförändringar (Young & Barnason., 2014; Doležel & Jarošová., 2019; Tantaewy, Shebl, Shereif & Weheda., 2013; Fung, Graetz, Reed & Jaffe., 2018).

I studien gjord av Fung, Graetz, Reed & Jaffe (2018) visade resultatet att patienter som fick utbildning i sina läkemedel och dess effekter, påverkade följsamheten till att fler patienter tog sin medicin mer regelbundet. Resultatet baseras på en studie där en interventionsgrupp och en kontrollgrupp deltog, interventionsgruppen fick utbildning med tre uppföljningstillfällen under ett års tid och kontrollgruppen fick ingen utbildning alls. Patienter från flertalet studier uppgav att de fått motsägande information och rådgivning från olika vårdgivare (Young & Barnason., 2014; Doležel & Jarošová., 2019; Tantaewy, Shebl, Shereif & Weheda., 2013). Patienterna uppgav även att rådgivningen var bristande eller helt uteblev kring livsstilsförändringar samt att rekommendation till hjärtrehabilitering från läkare uteblev eller avråddes. De patienter som fick uppföljning, tydlig individanpassad information och rådgivning kring sin sjukdom från en sjuksköterska eller via ett hjärtrehabiliteringsprogram

visade på en mycket bättre följsamhet till livsstilsförändringar, än patienter som inte fick den tydliga individanpassade informationen.

## Diskussion

Under detta avsnitt presenteras metoddiskussion, resultatdiskussion, kliniska implikationer, förslag till fortsatt forskning samt så kommer en slutsats att presenteras. Författarna kommer att diskutera vald metod, tillvägagångssätt vid urval, dataanalys och vid datainsamling i relation till för- och nackdelar samt de svagheter och styrkor som författarna har funnit i denna litteraturöversikt. Under denna rubrik kommer även Orems egenvårdsteori att diskuteras i relation till bakgrund, resultat och fortsatt forskning utifrån de fynd som författarna fann intressanta från resultatet.

### Metoddiskussion

Syftet med arbetet var att skapa en översikt över hur följsamma patienter var till att göra livsstilsförändringar efter sin hjärtinfarkt. Metoden som valdes för detta var en litteraturöversikt (Frieberg, 2017). En metoddiskussion syftar till att påvisa hur väl kvaliteten i en litteraturöversikt har säkerställts (Henricson, 2017). Det är viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt till det som gjorts genom att diskutera styrkor såväl som svagheter. Fokus är om syftet har blivit besvarat med hjälp av den valda metoden.

De elva valda artiklarna till resultatet är av både kvalitativ och kvantitativ design. Två av artiklarna är kvalitativa och nio av de elva är kvantitativa. Författarna valde att ha med båda forskningsmetoderna med motivering att det skulle ge oss ett brett svar på det valda syftet. Genom att båda metoderna användes kunde författarna minimera risken för att relevanta artiklar uteslutits. En styrka med att använda kvalitativa studier blev att författarna fick en tydligare inblick i partiernas upplevelse. En svaghet med att endast två artiklar är kvalitativa var att resultatet från dessa blev svårt att redovisa i resultatet och tematisera.

Författarna har valt att inte ha ett specifikt land som ett inklusionskriterium utan har haft en bred geografisk spridning på sökningen. Detta har inneburit att författarna har kunnat sammanställa likheter och skillnader i patienternas följsamhet oavsett etniskt ursprung och var de är bosatta. De valda artiklarna har en begränsning i årtal 2011 - 2020 då författarna ansåg att det var relevant för att få fram ett någorlunda aktuellt resultat. Begränsningarna innebär dock att flertalet relevanta utförda studier för syftet, med ett tidigare årtal, kan ha missats. Vidare har det gjorts begränsningar i att studierna ska vara skrivna på engelska, detta för att

författarna ska kunna behärska språket för att på ett enkelt sätt kunna utläsa studiernas relevans. Ytterligare ett inklusionskriterium var att studierna skulle vara peer reviewed samt att författarna valde att endast visa studier med full text. Svagheten med att endast välja full text var att flertalet av relevanta studier kan ha exkluderats, trots detta ville författarna fullfölja det kriteriet för att lätt kunna avgöra om studien var en originalartikel eller inte samt för att kritiskt kunna granska artikeln.

En begränsning relaterat till en specifik åldersgrupp har inte gjorts då författarnas intresse riktade sig mot samtliga åldrars följsamhet till livsstilsförändringar. En svaghet som uppmärksammade under faser artikelgranskning, var att flertalet av studierna hade ålderskategorier. Det blev då en svårighet att redovisa resultatet kopplat till en viss åldersgrupp och dess följsamhet. Ett tema baserat på hur följsamheten ser ut i respektive åldersgrupp hade så här i efterhand varit ett intressant resultat att diskutera. När det gäller valet av vilka databaser författarna har använt sig av, fanns en tanke om att även använda Pubmed som ett komplement men det uteslöts då det framkom svårigheter med att få till de tänkbara sökblocken på ett korrekt sätt. CINAHL Complete och Google scholar valdes som databaser för att de artiklar som dessa databaser erbjuder stämde överens med syftets vetenskapsområde och var enkla att navigera i. Med tanke på att flertalet av sökningarna gav många träffar med relevanta artiklar som svarade på litteraturöversiktens syfte bekräftades det att rätt databaser hade valts.

Vart efter sökningarna gjordes, adderades fler och fler relevanta sökord för att öka möjligheten till relevanta artiklar. En styrka med litteraturöversiktens syfte var att det gick att hitta många sökord som gav bra träffar. För att hitta rätt sökord använde författarna Svensk MeSH, något som även användes för att hitta bredare termer för de tänkbara sökorden. Det skapades sökblock med olika sökord för att få fram olika artiklar, något som visade på en sensitivitet då det vid flertalet gånger gav träffar på samma artiklar. En svaghet med enstaka av våra sökblock var att vi fick väldigt stora sökträffar där flertalet artiklar saknade relevans för författarnas syfte, däremot hittades många relevanta studier till resultatdelen i den stora sökningen. Samarbetet mellan författarna har varit jämnt fördelat och där respektive svagheter och styrkor har kompletterats bra. De utvalda och tilltänkta artiklarna för resultatet fördelades lika mellan författarna för en första granskning för att sedan byta artiklar med varandra och granska de på nytt, detta för att stärka reliabiliteten (Henricson, 2017). Slutligen jämfördes författarnas granskningar med varandra och artiklarna inkluderades eller exkluderades till resultatet. Det visade sig att båda författarna hade samma eller liknande uppfattning om artiklarnas resultat och dess relevans vilket resulterade i att tre artiklar exkluderades på grund

av att dem inte svarade på syftet. För att inte förförståelsen för ämnet skulle påverka arbetet har författarna diskuterat och hjälpts åt, under arbetets gång, att säga till när någon har resonerat med en förförståelse. Genom att bland annat diskutera förförståelsen stärker det trovärdigheten och pålitligheten av arbetet (Henricson, 2017).

## Resultatdiskussion

### *Sjuksköterskans roll vid egenvård*

Relationen mellan vårdpersonal och patient är väldigt viktig och något som flertalet av studierna som författarna har granskat visar på. Det är tydligt att det brister inom uppföljning utifrån resultatet där flertalet patienter uppger att de hade missuppfattat viktig information eller inte kom ihåg att de fått hälsorekommendationer från vårdpersonalen vid utskrivning. Det finns tydliga ramar för vad som ingår i sjuksköterskans roll, därför behöver det funderas över vad som kan ändras för att upprätthålla den nivå som krävs.

Willman (2014) framhåller att det är sjuksköterskans uppgift att ta tillvara på det friska hos alla patienter samt att förebygga och kunna identifiera hälsoriskerna. Skulle det finnas ett behov, vilket det uppenbart gör, ska sjuksköterskan motivera patienten till förändrade levnadsvanor genom att ge fullständig information och utbildning kring ett hållbart förhållningssätt av sin sjukdom. Detta är något som vidare stärks genom att läsa vad svensk sjuksköterskeförening (2010) skriver, nämligen att sjuksköterskan har en viktig roll genom att inspirera till att undervisa om risker för ohälsa samt att inspirera till goda levnadsvanor. Att informationen om vad som har hänt patienten är saklig och upprepas är något som Ericson och Ericson (2012) lyfter som en viktig del. Relaterat till vad resultatet visar kring att informationen och utbildningen är bristfällig, funderar författarna på om organisationen i stort kan förbättras genom att se över var i vårdkedjan som det är viktigt att fånga upp dessa patienter. Kan det vara så att om primärvården gör tätare uppföljningar, men att det sker på ett personcentrerat sätt, så kan fler patienter tillgodose vårdkraven. Om uppföljningarna från sin läkare eller sjuksköterska inom primärvården blir tätare och ett samarbetar med annan vårdgivare utvecklas, kanske följsamheten kan se annorlunda ut.

I en studie skriven av Michelsen et al. (2020) undersöktes hur hjärt- och rehabiliteringscentrum i Sverige arbetar och hur de förhåller sig till de Europeiska riktlinjerna. Det framkom att Sverige håller en ganska hög nivå på hjärtrehabilitering med en stor andel patienter som deltar efter en hjärtinfarkt men att det finns utvecklingsområden. Styrkor som finns inom hjärtrehabiliteringen i Sverige är bland annat att det till stor del genomförs

individuella hembesök efter utskrivning samt att majoriteten bestod av fullständiga team i form av kardiolog, sjukgymnast och sjuksköterska. Ett förbättringsområde som kom fram genom studien var bland annat att öka regelbundenheten av möten i team. Detta för att förbättra kommunikationen mellan yrkeskategorierna. När denna studie jämfördes med föreliggande litteraturöversikts resultat framkom det brister vad gäller den personcentrerade vården i hjärtrehabiliteringen i Sverige. Utbildningen och informationen finns där men det brister i anpassning till varje enskild individ. Alla har inte samma förutsättningar för att ta till sig information på samma sätt och kanske speciellt svårt att ta till sig information i en situation då man är sjuk.

Orem (2001) menar att ett glapp kan infinna sig mellan kraven och förmågan att tillgodose dem, vilket är det som utgör en egenvårdsbrist. Det är sjuksköterskans riktade interventioner mot patienten som står i fokus för att stötta patientens egenvårdskapacitet och därmed motverka glappet som orsakar egenvårdsbristen. Allt detta för att främja en egenvårdsbalans. Frågan är med utgångspunkt i Orems beskrivning av egenvårdsbrist och de studier som gjorts, om det enbart handlar om att informationen som ges är bristfällig och saknar uppföljning, eller om den även behöver anpassas utifrån åldersgrupp, motivation, och tidigare erfarenheter av att ändra en livsstilsvana. Om egenvårdsbristen beror på att kravet på en livsstilsförändring hos patienten kommer från vårdpersonalen och ges ut på samma sätt oavsett vem patienten är, och patienten inte har en förmåga att tillgodose dem, uppstår ett problem. Orem (2001) menar vidare att de problem som skapar en patients begränsningar till att tillgodose kraven måste ses över. Det är viktigt att sjuksköterskan kommer till rätta med vad patienten upplever som problematiskt, för att undvika en egenvårdsbrist. Författarna anser att det säger mycket om hur vårdrelationen bör byggas upp och hur viktigt det är med uppföljning från flertalet vårdinstanser.

### *Rökning*

Merparten av patienterna som deltog i studierna rökte när de drabbades av sin hjärtinfarkt eller har en bakgrund som rökare tidigare i livet. Däremot när patienterna fick vetskap om att rökning var en stor riskfaktor visade studierna att en stor andel slutade röka efter sin första hjärtinfarkt, men att följsamheten ändå anses som låg till att sluta. Att minska rökningen är den åtgärd som har störst effekt för att minska risken för att få fler hjärtinfarkter (Hjärt- och Lungfonden, 2019). Vid rökning är risken för att kranskärnen i hjärtat ska bli påverkade dubbelt så hög än hos icke - rökare. En tanke som uppkom hos författarna var hur kommer sig att så många fortfarande röker i samhället, trots vetskapen om att det är en stor riskfaktor.



Samhället försöker att förebygga ohälsa kopplat till rökning genom att exempelvis lagstifta rökförbud på allmänna platser som uteserveringar och man marknadsför många olika tobaksavvänjningsprodukter.

Gupta, Nurohit, Bhati och Kundu (2013) skriver i sin studie om de psykologiska hinder som finns och vilken avgörande roll dessa hinder har som kan göra det svårare att sluta röka. Beroendet kan ses utifrån psykologiska och fysiologiska faktorer. Det psykologiska beroendet kan visa sig i negativa tankar om konsekvenserna av att sluta röka, "Jag kommer gå upp i vikt" eller "Jag kommer bli för stressad". Emotionella beroendet är det som övertygar patienten att rökningen har en viktig roll kopplat till de relationer som patienten har runt omkring sig och en oro fanns för att förlora dessa relationer. Beroendet styr beteendet och övertalar patienten att suget inte går att motstå och att njutningen av att röka är för stark. Dessa tankar och beteenden hos patienten blir ett stort hinder som gör det svårare att välja rätt val när det kommer till kritiska situationer.

Det psykologiska beroendet är något som författarna inte tror uppmärksammas lika mycket som det fysiologiska beroendet som visar sig i abstinenssymtom. Författarna tänker att det är viktigt att man som sjuksköterska har det psykologiska beroendet med i åtanke och är medveten om alla dessa manipulerande tankar som patienten har. Dessa tankar kommer göra det svårare för patienten att ta in information och rådgivning från sjuksköterskan. Enligt Orem är det viktigt att sjuksköterskan som besitter kunskap för att kunna identifiera befintliga eller hotande obalanser i egenvårdskapaciteten informerar patienten om detta (Wiklund Gustin & Lindwall 2012). Informationen kring hur rökberoendet fungerar psykologiskt med de negativa och manipulerande tankarna är en viktig del anser författarna för att sjuksköterskan ska nå fram till patienten. Sjuksköterskan behöver stödja och hjälpa patienten att hitta sätt för att kunna kontrollera sina negativa och manipulerande tankar när denne ska sluta röka. Vidare menar Orem att sjuksköterskan tillsammans med patienten utvecklar en omvårdnadsplan för att kunna bevara eller återskapa egenvårdsbalansen (Wiklund Gustin & Lindwall 2012). Orem begränsar inte omsorgen enbart till sjukvårdens resurser utan involverar även närstående som den kapabla människan med förmågan att ge omsorg till sina kära. Det syns som om närstående har en mer betydande roll att fylla när patienten ska sluta eller minska sin rökning.

### *Identitet kopplat till livsstil*

Ett stort problem som framkom i litteraturöversiktens resultat var den låga följsamheten till livsstilsförändringar i form av fysisk aktivitet, kost och medicinsk behandling. Att ta hänsyn till hur patientens identitet kan komma att förändras i och med nya levnadsvanor och

livsstilsförändringar kan ses vara en viktig aspekt och ett viktigt ämne att belysa i vårdrelationen. Sjuksköterskan behöver vara uppmärksam på hur en persons självidentitet tidigare har sett ut. Personen i frågan kanske aldrig har tränat, ofta umgått i kulturella sammanhang där mat i stor konsumtion stått i centrum samt att ens livstolkning talar emot farmakologisk behandling. Dessa saker kan komma att påverka en låg följsamhet. Några av de hinder, till den låga följsamheten av fysisk aktivitet var negativ stress, dålig hälsa, brist av njutning från fysiska aktiviteter samt hög ålder. När det gäller följsamheten till ändrade kostvanor framkommer det att det fanns en medvetenhet hos patienterna om att hälsosammare kost var en förebyggande åtgärd men att det saknades motivation och kunskap i vad hälsosam kost innebar. För att nämna den låga följsamheten till den medicinska behandlingen framkom det att flertalet av patienterna föredrog att vidta egna livsstilsförändringar framför medicinsk behandling. Många patienter tyckte inte om att ta mediciner och hade istället en starkare tillit till sin egen självläkning. Ett intressant fynd i en studie var att personer med en högre upplevd risk för hjärtinfarkt var mindre benägna att följa den farmakologiska behandlingen, något författarna funderat mycket över hur det kommer sig.

Den låga följsamheten till fysisk aktivitet kan ha att göra med den dåliga uppföljningen från vårdpersonalen som tidigare nämnts, anser författarna. Patienten behöver hjälp med att hantera sin negativa stress eller bakomliggande depression innan denne kan ta till sig råd om att ändra sin fysiska aktivitet. Detta är något som behöver följas upp för att upprätthålla den upplevda stressen på en hanterbar nivå. Vidare är frågan om vårdpersonal tar hänsyn till patientens livsåstolkning för att på bästa sätt möta patienten i dennes tro eller tillvaro och på så sätt öka följsamheten. Giddens (1999) menar att en persons livsstil innefattar olika val och möjligheter som något som skapas snarare än något som går i arv. Livsstilens rutiner kan förändras utifrån självidentitetens rörliga karaktär. När en person befinner sig i främmande miljöer och på nya platser kan känslan av att vara illa till mods infinna sig, då situationen ifrågasätter deras egen livsstil. Ringsberg (2014) skriver att den livsstil som en människa har påverkar valet av hanteringen i olika situationer, något som påverkar hälsan positivt eller negativt.

I Orems (2001) beskrivning av vad en kapabel människa innebär skriver hon att människan ses som kunnig med en förmåga att tänka och är beredd att omvärdera sin situation. Att kunna göra vettiga bedömningar anses som en förmåga som bidrar till att kunna agera för att uppnå olika mål, trots att människans känslor drar mot en annan riktning. Hon menar även att människan är en del av naturen men kan av olika anledningar avvika från normaliteten och då bidra till ohälsa. Det finns en kulturell och social verklighet, där roller och traditioner styr

ansvaret över hur vi förhåller oss till saker och ting. Orem menar att det blir tydligt i synen på sjuksköterske- respektive patientrollen då en persons livsberättelse och inlärningshistoria har en betydelse för egenvårdskapacitet. Egenvårdskapaciteten är även beroende av att människan kan handla medvetet utifrån de värderingar och kunskaper man har. Astin, Horrocks och Closs (2014) undersökte i sin studie hur patienternas upplevelse av att behöva göra livsstilsförändringar där majoriteten av deltagarna hade haft en hjärtinfarkt. I deras resultat visade det sig att vissa patienter medvetet valde att inte genomföra vårdens rekommenderade livsstilsförändringar på grund av att vårdens rekommendationer inte stämde in på deras värderingar eller syn på livsstil. Dessa patienter hade en annan uppfattning om bakomliggande orsak till hjärtinfarkten som inte överensstämde med vårdens. Patienterna i studien upplevde att deras egen identitet förändrades och gick från det bekanta till det obekanta i samband med genomförandet av livsstilsförändringar.

När författarna fördjupat sig i Orem's teori blev det tydligt att patientens följsamhet till livsstilsförändringar inte enbart syftar till att patienten har en dålig inställning eller fått dålig information. Det handlar även i stort om att patientens identitet samt livstolkning är viktig att fördjupa sig i som sjuksköterska om den önskvärda följsamheten till livsstilsförändringar ska uppnås. Delar av de hinder som litteraturöversiktens resultat fått fram gällande den låga följsamheten, kan till stor del alltså handla om att patienten har svårt att förlika sig med att ens identitet och livstolkning kan komma att påverkas. Sjuksköterskor kan då finnas där för att på bästa sätt bemöta dessa stora livsfrågor, genom att vara stödjande och undervisande. Orem lyfter detta som en viktig aspekt i sin del-teori i omvårdnadssystemet (Orem, 2001).

## **Kliniska implikationer**

Denna litteraturöversikt med dess resultat kan ge sjuksköterskor och annan vårdpersonal en bättre förståelse och vidare inblick i hur den undersökta patientgruppen önskar och behöver bli bemötta. Detta för att följsamheten till de rekommenderade livsstilsförändringarna ska kunna bli bättre. Vikten av att förstå att alla patienter inte kan ta in viktig information på samma sätt är ett exempel på något som sjukvården behöver ta hänsyn till. När information ges ska den vara personcentrerad utifrån patientens behov och sjuksköterskan behöver bekräfta att informationen har tagits emot och blivit förstådd av patienten. Det behöver även ske en uppföljning av patienterna kontinuerligt redan vid besöken i primärvården för att vårdrelationen ska kunna utvecklas och påverka patienten positivt i sitt nya liv efter en hjärtinfarkt. För att öka följsamheten hos patienterna behöver vårdpersonalen vid dessa

uppföljningssamtal följa upp, utbilda, uppmuntra till och ge rådgivning kring livsstilsförändringar samt val av livsstil. Författarna anser att vården behöver öppna upp för en mer nyanserad syn på vad en förändrad livsstil innebär samt hur patientens livstolkning ser ut. Det är även viktigt att förmedla och informera om de rekommenderade livsstilsförändringarna på ett sätt som inte skapar ett motstånd hos patienten. Detta görs bäst genom att ha en öppen dialog om det förväntade resultatet och eventuella hinder som kan uppkomma. Sjuksköterskan behöver ha patientens socioekonomiska status i åtanke i samtalet för att uppmärksamma ytterligare faktorer som kan försvåra följsamheten.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Resultatet väckte tankar kring hur människor ser och pratar om livsstil både i vården men även generellt. Författarna funderar på om vården behöver vidga perspektivet på begreppet livsstil för att kunna förstå och bemöta en större patientgrupp oavsett socioekonomisk status. Vilket skulle kunna öka möjligheten till bättre följsamhet hos patienterna. Författarna har från resultatet uppmärksammat krocken som kan uppkomma mellan patientens livsåskådning och den rekommenderade livsstilsförändringen. Hur patienterna påverkas av att behöva genomföra livsstilsförändringar som inte överensstämmer med deras livsåskådning och värderingar är något författarna ser som ett förslag för ny forskning. Författarna ser även ett behov av att forska kring motståndet till medicinsk behandling som uppkommer hos patienterna. Vad beror motståndet på och hur går tankarna hos patienterna när de blir ordinerade ett läkemedel.

## **Slutsats**

Syftet med litteraturöversikten var att undersöka patienters följsamhet till livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. Resultatet visar på att val av livsstil, sociala aspekter och bristande utbildning är de aspekter som påverkade patienters följsamhet till livsstilsförändringar. Det framkom att följsamheten till livsstilsförändringar generellt hos patienterna var låg. En utmaning, till att uppnå de rekommenderade målen för fysisk aktivitet, var att patienterna uttryckte en oro och rädsla för att själva orsaka en ny hjärtinfarkt. Rökning var en gemensam nämnare för många av patienterna som drabbats av en hjärtinfarkt, många hade tidigare varit rökare eller rökte fortfarande. Författarna upptäckte i resultatet att de faktorer som påverkade detta i stort var den bristande utbildningen och informationen till patienterna från vården om

riskfaktorer och levnadsvanor på ett personcentrerat sätt, samt att många av patienterna hade en låg socioekonomisk status som begränsade dem.

## Referensförteckning (\* = Resultatartiklar)

- Ahmed, R., Aslani, P. (2014). What is patient adherence? A terminology overview. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36, 4-7. <https://doi./10.1007/s11096-013-9856-y>
- Astin, F., Horrocks, J., & Closs, S. J. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. *BMC Cardiovascular Disorders*, 14(96), 1471-2261. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-96>
- Bayrak, D., & Tosun, N. (2018). Determination of nursing activities for prevention of heart attack and stroke in hypertension patients. *International journal of caring sciences*, 11(2), 1073-1082.
- \*Cafagna, G., & Seghieri, C. (2017). Educational level and 30-day outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction in Italy. *BMC Health Services Research*, 17(18). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1966-5>
- Canto, J. G., Rogers, W. J., Goldberg, R. J., Peterson, E. D., Wenger, N. K., Vaccarino, V., ... Zheng, Z. J. (2012). Association of Age and Sex With Myocardial Infarction Symptom Presentation and In-Hospital Mortality. *JAMA*, 307(8), 813-822. <https://doi:10.1001/jama.2012.199>
- Da Paixão Monteiro, M. O., Batista dos Santos, A., Carlos Sinski, K., Inácio Ramos, A., Schneiders, M., Rodrigo Palombit, M., & Monteiro da Conceição, V. (2019). Care for Infarcted Patients in Health Institutions. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13, 759–766. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241103>
- \*Dolezel, J., & Jarosová, D. (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(2), 1026-1034. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010>
- Du, H., Dong, C., & Lin, Q. (2015). Risk factors of acute myocardial infarction in middle-aged and adolescent people (< 45 years) in Yantai. *BMC Cardiovascular Disorders*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12872-015-0102-5>
- \*Ergatoudes, C., Thunström, E., Rosengren, A., Björck, L., Bengtsson Boström, K., Falk, K., & Fu, M. (2016). Long-term secondary prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) – guidelines adherence and outcome. *BMC Cardiovascular Disorders*. 16(226). <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0400-6>
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Fernández, D., Brotons, C., Moral, I., Bulc, M., Afonso, M., Akan, H., ... da Silva Martins, C. M. (2019). Lifestyle behaviours in patients with established cardiovascular diseases: a European observational study. *BMC Family Practice*, 20(162). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1051-3>

- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I A. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 141-152). Lund: Studentlitteratur
- \*Fung, V., Graetz, I., Reed, M., & Jaffe, M. G. (2018). Patient-reported adherence to statin therapy, barriers to adherence, and perceptions of cardiovascular risk. *PLOS ONE*, *13*(2), 1-12. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0191817>
- Giddens, A. (1999). *Modernitet och självidentitet: självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos.
- \*Gonzalez-Chica, D A., Bowden, J., Miller, C., Longo, M., Nelson, M., Reid, C., & Stocks, N. (2019). Patient-reported GP health assessments rather than individual cardiovascular risk burden are associated with the engagement in lifestyle changes: population-based survey in South Australia. *BMC Family Practice*, *20*(173). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1066-9>
- Gupta, S. D., Purohit, N., Bhati, D. K., & Kundu, A. S. (2014). Smoking cessation: exploring predictors of change in smoking behavior in Indian male population. *Journal of Substance Use*, *19*(6), 410-415. <https://doi.org/10.3109/14659891.2013.840684>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–420). Lund: Studentlitteratur.
- Hjärt-Lungfonden. (2019). *Hjärtinfarkt*. Hämtad 29 november 2019, från Hjärt-Lungfonden, <https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/>
- Hjärt-Lungfonden. (2019). *Hjärtinfarkt: Riskfaktorer*. Hämtad 31 mars 2020, från Hjärt-Lungfonden, [https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/?gclid=EAIaIQobChMIxu\\_v89zE6AIVT8ayCh3E\\_gY5EAAYASAAEgLyLPD\\_BwE](https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/?gclid=EAIaIQobChMIxu_v89zE6AIVT8ayCh3E_gY5EAAYASAAEgLyLPD_BwE)
- Iversen, B., Jacobsen, B. K., & Løchen, M. L. (2013). Active and passive smoking and the risk of myocardial infarction in 24,968 men and women during 11 year of follow-up the Tromsø Study. *European journal of epidemiology*, *28*, 659-667. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9785-z>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.
- \*Köhler Kärner, A., Nilsson, S., Jaarsma, T., & Tingström, P. (2017). Health beliefs about lifestyle habits differ between patients and spouses 1 year after a cardiac event - a qualitative analysis based on the Health Belief Model. *Scandinavian journal of caring sciences*, *31*, 332-341. <https://doi.org/10.1111/scs.12351>
- Martin, B. J., Arena, R., Haykowsky, M., Hauer, T., Austford, L. D., Knudtson, M., ... Stone, J. A. (2013). Cardiovascular Fitness and Mortality After Contemporary Cardiac

- Rehabilitation. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(5), 455-463.  
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.02.013>
- Michelsen, H. O., Sjölin, I., Schlyter, M., Hagström, E., Kiessling, A., Henriksson, P., ... Leosdottir, M. (2020). Cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction in Sweden – evaluation of programme characteristics and adherence to European guidelines: The Perfect Cardiac Rehabilitation (Perfect-CR) study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(1), 18–27. <https://doi.org/10.1177/2047487319865729>
- \*Mifsud, J. L. (2017). The PACI survey: adherence to cardioprotective lifestyle interventions in MI patients treated with PPCI. *The British Journal of Cardiology* 24(4).  
<https://doi.org/10.5837/bjc.2017.027>
- Odegaard, A. O., Koh, W. P., Gross, M. D., Yuan, J. M., & Pereira, M. A. (2011). Combined Lifestyle Factors and Cardiovascular Disease Mortality in Chinese Men and Women. *Circulation*, 124(25), 2847–2854.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.048843>
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby.
- Ringsberg, Karin C. (2014). *Livsstil och hälsa*. I A. F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningsätt* (2 uppl., s. 387-416). Lund: Studentlitteratur
- Segesten, Kerstin. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I A. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 105-108). Lund: Studentlitteratur
- \*Shin, E. S., Hwang, S. Y., Jeong, M. H & Lee, E. S. (2013). Relationships of Factors Affecting Self-care Compliance in Acute Coronary Syndrome Patients Following Percutaneous Coronary Intervention. *Asian nursing research*, 7, 205-211.  
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.10.003>
- Socialstyrelsen. (2019). *Färre drabbas och dör av hjärtinfarkt*. Hämtad 20 mars 2020, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/farre-drabbas-och-dor-av-hjartinfarkt/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *svensk sjuksköterskeförening om indikationer för hälsofrämjande omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf)
- Svärsdudd, K. (2011). KBT nästan halverade risken för ny hjärtinfarkt. *Läkartidningen*, 108(26-28), 1356. Hämtad från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/nyaron/2011/06/kbt-nastan-halverade-risken-for-ny-hjartinfarkt/?fbclid=IwAR03BapsXPRvH15n9eIUWYRMasa3hFLWbgCwumXq8mfdYBShhew2cVMzWTA>



- \*Tantaewy, N. M., Shebl, A. M., Shereif, W. I., & Weheda, S. M. (2013). Effect of Cardiac Rehabilitation Program on Lifestyle Pattern of Patients with Myocardial Infarction. *Journal of Biology*, 3(8), 2224-3208.
- Ternstedt, B.-M., Norberg, A. (2014). Omvårdnad ur livscykelperspektiv - identitetens betydelse. I A. F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s. 33-68). Lund: Studentlitteratur
- Vetenskapsrådet. (2018) *Etik i forskningen*. Hämtad 15 maj 2020, från Vetenskapsrådet, <https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html>
- Voogdt-Pruis, H. R., Beusmans, G. H.M.I., Gorgels, A. P.M., & Van Ree, J. W. (2011). Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 67(8), 1758-1766. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05627.x>
- Yandrapalli, S., Naborgs, C., Goyal, A., Aronow, W., & Frishman, W. (2019). Modifiable Risk Factors in Young Adults With First Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(5), 573-584. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.084>
- \* Young, L., & Barnason, S. (2015). Older patients' perception and experience with lifestyle changes following cardiac revascularization. *American Journal of Clinical Medicine*, 10(1), 30-38.
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (1. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A. A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2 uppl., s. 37-52). Lund: Studentlitteratur
- Wiseman, N., Harris, N., & Lee, P. (2016) Lifestyle knowledge and preferences in preschool children: Evaluation of the *Get up and Grow* healthy lifestyle education programme. *Health Education Journal*, 75(8), 1012-1024. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177%2F0017896916648726>
- World Health Organization. (2003). *Defining Adherence*. Hämtad 3 december 2019, från World Health Organization, [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_Section1.pdf](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf)
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I A. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

## BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete 2020-03-11	(MH "Cardiovascular risk factors" OR MH "Hypertension" OR MH "Myocardial infarction/RF/PC/MO" OR "relapse")  AND  (MH "lifestyle changes" OR MH "patient compliance" OR MH "Guideline adherence" OR MH "Lifestyle/PC/ED")	549	Peer review, Full text, 2011-2020, English	30	11	4  Gonzalez-Chica, D. A., Bowden, J., Miller, C., Longo, M., Nelson, M., Reid, C., & Stocks, N.  Fernández, D., Brotons, C., Moral, I., Bulc, M., Afonso, M., Akan, H., Pinto, S., Vucak, J., & da Silva Martins, C. M. Doležel, J., & Jarošová, D.  Köhler, A. K., Nilsson, S., Jaarsma, T., & Tingström, P.

<p>Google Scholar 2020-03-17</p>	<p>patient compliance"guideline adherence" treatment adherence</p> <p>AND</p> <p>compliance "lifestyle" lifestyle changes "Myocardial infarction" recurrence</p>	267	2011-2020	5	2	<p>1</p> <p>Ergatoudes, C., Thunström, E., Rosengren, A., Björk, L., Bengtsson Boström, k., Falk, K., &amp; Fu, M.</p>
<p>Google Scholar 2020-03-17</p>	<p>myocardial infarction "heart attack" acute coronary syndrome "relapse"</p> <p>AND</p> <p>lifestyle changes "patient adherence" patient compliance</p>	88	2011-2020	5	3	<p>1</p> <p>Mifsud, Justin Lee</p>

<p>Google Scholar 2020-03-18</p>	<p>myocardial infarction "heart attack" acute coronary syndrome</p> <p>AND</p> <p>patient compliance "lifestyle changes" patient adherence "medication adherence"</p>	<p>399</p>	<p>2011-2020</p>	<p>11</p>	<p>5</p>	<p>2</p> <p>Fung, V., Graetz, I., Reed, M., &amp; Jaffe, MG.</p> <p>Young, L., &amp; Barnason, S.</p>
<p>Google Scholar 2020-03-25</p>	<p>"Myocardial Infarction" Cardiovascular Risk Factors "Recurrence" Guideline Adherence "Lifestyle Changes" Medication Compliance "Patient Compliance" Prevention</p>	<p>158</p>	<p>2011-2020</p>	<p>6</p>	<p>3</p>	<p>2</p> <p>Shin, ES., Hwang, SY., Jeong, MH &amp; Lee, Es.</p> <p>Tantaewy, NM., Shebl, AM., Shereif, WI., &amp; Weheda, SM.</p>

<p>Cinahl Complete 2020-04-24</p>	<p>(MH "Life Style Changes") OR (MH "Patient Compliance") OR (MH "Guideline Adherence") OR (MH "Life Style") OR (MH "Socioeconomic Factors") OR (MH "Social Class")</p> <p>AND</p> <p>(MH "Myocardial Infarction") OR (MH "Myocardial Ischemia") OR (MH "Recurrence") OR (MH "Cardiovascular Risk Factors")  "socioeconomic status"  "mortality"</p>	14	Peer review, Full text, 2011-2020, English	5	3	1 Cafagna, G., & Seghieri, C.
---------------------------------------	--	----	--	---	---	----------------------------------

## BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Cafagna, G., & Seghieri, C.	Educational level and 30-day outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction in Italy	2017, Italy, <i>BMC Health Services Research</i>	Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan utbildningsnivå och 30-dagars dödlighet och återtagande bland patienter som var inlagda på grund av AMI i Toscana (Italien).	<b>Metod:</b> Retrospektiv kohortstudie <b>Urval:</b> Patienter som blev utskrivna efter att ha haft en hjärtinfarkt mellan 1 januari 2011 och 30 november 2014 från alla sjukhus i Toscana. <b>Datainsamling:</b> Strukturerade intervjuer och biomedicinska data. <b>Analys:</b> Mann-Whitney U-testet med två prov, chi-kvadrat-test och två-prov-t-test.	Denna studie fann att patienter med låg utbildning är mer benägna att dö under 30 dagar efter sjukhusinläggning för AMI jämfört med patienter med hög utbildning, medan det bara är äldre patienter med låg utbildning som är mer troligt att återinskrivas på sjukhus i Toscana.
Doležel, J., & Jarošová, D.	Educational Process in Patients After Myocardial Infarction.	2019, Tjeckien, <i>Central European Journal of Nursing &amp; Midwifery</i>	Syftet var att bedöma effekten av utbildning på förekomsten av riskfaktorer och livsstilsåtgärder efter en hjärtinfarkt.	<b>Metod:</b> Kvantitativ metod. <b>Urval:</b> En interventionsgrupp på 68 patienter och en kontrollgrupp på 97 patienter. Alla har haft en hjärtinfarkt med en ST-höjning. Grupperna jämfördes 1 år efter infarkten och utförd studie. <b>Datainsamling:</b> Strukturerade intervjuer <b>Analys:</b> Beskrivande statistik med hjälp av Shapiro-Wilk testet.	Utbildningen som gavs individuellt från sjuksköterskor i form av motiverande samtal visade sig vara nyckeln till bättre kännedom om tillståndet samt gav bättre följsamhet till farmakologisk behandling och livsstilsförändringar.
Ergatoudes, C., Thunström, E.,	Long-term secondary	2016, Sweden, <i>BMC Cardiovasc Disord.</i>	Syftet var att utvärdera följsamheten och resultatet av	<b>Metod:</b> Kvantitativ metod.	Endast 3.5% av deltagarna uppfyllde alla 6 kriterier till de sekundära förebyggande målen

Rosengren, A., Björk, L., Bengtsson Boström, k., Falk, K., & Fu, M.	prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) – guidelines adherence and outcome		förebyggande riktlinjer hos patienter som överlevde 2 år efter en akut hjärtinfarkt.	<b>Urval:</b> 200 patienter från Göteborg och hade vårdats på Sahlgrenska sjukhuset mellan Juli 2010 - December 2011. <b>Datainsamling:</b> Strukturerade intervjuer, laboratorier undersökningar och fysiska undersökningar. <b>Analys:</b> Data rapporterades som frekvens och procentandel för kategoriska variabler.	2 år efter en hjärtinfarkt. Kriterierna innefattar: Blodtrycksvärdet, Kolesterolvärdet, Glukosvärdet, Regelbunden fysisk aktivitet, Rökavvänjning och Farmakologisk behandling.
Fernández, D., Brotons, C., Moral, I., Bulc, M., Afonso, M., Akan, H., Pinto, S., Vucak, J., & da Silva Martins, C. M.	Lifestyle behaviours in patients with established cardiovascular diseases: a European observational study	2019, Croatia, France, Portugal, Slovenia, Spain and Turkey, <i>BMC Family Practice</i>	Syftet var att beskriva livsstils beteenden såsom fysisk aktivitet, hälsosam kost, rökvanor, samt uppnåendet av mål för kardiovaskulära riskfaktorer och användning av farmakologisk behandling hos patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom	<b>Metod:</b> Kvantitativ tvärsnittsstudie. <b>Urval:</b> 973 patienter inom primärvården i sex europeiska länder. Samtliga patienter har en koronar hjärtsjukdom. Studien gjordes under januari-juni 2016. <b>Datainsamling:</b> Strukturerat frågeformulär <b>Analys:</b> Kategoriserade variablarna med Chi-square test	Ca 2/3 av patienterna tillkännager att de har ändrat sin kost medan mindre än 50% tillkännager att de har ökat sin fysiska aktivitet.
Fung, V., Graetz, I., Reed, M., & Jaffe, M. G.	Patient-reported adherence to statin therapy, barriers to adherence, and perceptions of cardiovascular risk	2018, Kalifornien, <i>PLoS One</i>	Syftet var att intervjua patienter med ateroskleros kardiovaskulär sjukdom om deras följsamhet till att ta statiner, om deras oro och hinder till att ta statiner som är ordinerat samt deras följsamhet till upplevda kardiovaskulära sjukdomstillstånd.	<b>Metod:</b> Randomiserad kvantitativ tvärsnittsstudie <b>Urval:</b> 730 patienter som står på medicinsk behandling i form av statiner under 2010. <b>Datainsamling:</b> Telefonintervjuer <b>Analys:</b> multivariat logistisk regression	66% föredrog att sänka kolesterolet med livsstilsförändringar istället för med statiner. 59% ogillar mediciner i allmänhet. 9% hade problem med att komma ihåg att ta sin medicin. De med högre upplevd risk för hjärtinfarkt var mindre benägna att inte följa sin statindosering.
Gonzalez-Chica, D. A., Bowden, J., Miller, C., Longo, M., Nelson, M.,	Patient-reported GP health assessments rather than	2019, South Australia, <i>BMC Family Practice</i>	Syftet var att utforska vad som var mest avgörande för hur följsamma patienterna var till livsstilsförändringar,	<b>Metod:</b> Kvantitativ tvärsnittsstudie <b>Urval:</b> 2384 individer från 35 år och uppåt.	Tätare och mer omfattande hälsobedömningar av allmänläkare hade större effekt för livsstilsförändringar än riskfaktorerna enbart.

Reid, C., & Stocks, N.	individual cardiovascular risk burden are associated with the engagement in lifestyle changes: population-based survey in South Australia.		hälsobedömningar från en allmänläkare eller själva riskfaktorerna i sig.	<b>Datainsamling:</b> Fysiska intervjuer och självrapporterad data <b>Analys:</b> STATA 15.1 Programvara	
Köhler, A. K., Nilsson, S., Jaarsma, T., & Tingström, P.	Health beliefs about lifestyle habits differ between patients and spouses 1 year after a cardiac event - a qualitative analysis based on the Health Belief Model.	2016, Sweden, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	Syftet var att undersöka och kvalitativt jämföra hälsomedvetenheten hos patienter med kranskärllssjukdom och deras makar efter en hjärthändelse.	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod. <b>Urval:</b> 14 stycken patienter intervjuades 1 år efter deras hjärthändelse. 8 stycken anhöriga intervjuades 1 månad efter patienterna. <b>Datainsamling:</b> Semi-strukturerade intervjuer i 4 stycken fokusgrupper. <b>Analys:</b> Riktad innehållsanalys.	Patienterna litade mer på sin egen självförmåga och vården medan makarna hade en uppfattning om att gemensamma åtgärder var bästa vägen mot livsstilsförändringar.
Mifsud, Justin Lee	The PACI survey: adherence to cardioprotective lifestyle interventions in MI patients treated with PPCI	2017, Malta, <i>MediNews, CardiologyLtd</i>	Syftet var att uppskatta hur många upplevda hinder patienter hade för livsstilsinsatser, ett till sex år efter att ha behandlats med perkutan koronarintervention.	<b>Metod:</b> Kvantitativ tvärsnittsstudie <b>Urval:</b> 193 patienter som har en klinisk diagnos koronar hjärtsjukdom och som har gjort en primär perkutan koronar intervention mellan 2008 och 2013. <b>Datainsamling:</b> Telefonintervju <b>Analys:</b> Chi-square test och Fisher's exakta test	Endast 30,6% följde de rekommenderade fysiska aktiviteterna. Saker som negativ stress, lågt humör, hög ålder, dålig hälsa, låga förväntningar på fördelarna med fysisk aktivitet förknippades med varför man inte följde det fysiska aktiviteterna som var rekommenderade.



Shin, E. S., Hwang, S. Y., Jeong, M. H & Lee, E. S.	Relationships of Factors Affecting Self-care Compliance in Acute Coronary Syndrome Patients Following Percutaneous Coronary Intervention	2013, South Korea, <i>Korean society of nursing science.</i>	Syftet var att identifiera direkta och indirekta faktorer som påverkar följsamhet till egenvård hos patienter efter sin första hjärtinfarkt.	<b>Metod:</b> Kvantitativ metod. <b>Urval:</b> Rekrytering av 430 utskrivna patienter som kom på 6 månaders uppföljningsbesök. <b>Datainsamling:</b> Frågeformulär. <b>Analys:</b> Datadriven analys med AMOS 7.0 versionen	Resultatet visade att socialt stöd från familj och vården minskade nivåer av oro och depression som bidrog till bättre självförmåga och bättre följsamhet till egenvård.
Tantaewy, N. M., Shebl, A. M., Shereif, W. I., & Weheda, S. M.	Effect of Cardiac Rehabilitation Program on Lifestyle Pattern of Patients with Myocardial Infarction	2013, Iran, <i>Journal of Biology.</i>	Syftet med studien var att undersöka effekten av hjärtrehabiliteringsprogram om livsstils rutiner för patienter som haft en hjärtinfarkt.	<b>Metod:</b> Kvantitativ metod. <b>Urval:</b> 50 vuxna patienter både kvinnor och män under 60 år.. <b>Datainsamling:</b> Strukturerade frågeformulär. <b>Analys:</b> Data tabelleras med SPSS- version 10. Analytiskt test inkluderade chi-square eller Fischer's exakta test (X2) användes för att jämföra medel mellan före och efter programmet.	Resultatet från studien visade en signifikant statistisk positiv förändring i livsstilsvanor hos patienter som haft en hjärtinfarkt efter att de genomfört ett hjärtrehabiliteringsprogram.
Young, L & Barnason, .	Older Patients' Perception and Experience with Lifestyle Changes Following Cardiac Revascularization	2014, Nebraska, <i>American Journal of Clinical Medicine</i>	Syftet var att beskriva patienters uppfattning och erfarenheter relaterat till livsstilsförändringar efter en hjärt-revaskularisering	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod. <b>Urval:</b> Rekryterade 30 patienter som var 65 år eller äldre och hade genomfört en perkutan koronarintervention(PCI) eller en kranskärlsoperation (CABG) för 3-7 veckor sen. <b>Datainsamling:</b> Semi- strukturerade intervjuer med frågeformulär över telefon. <b>Analys:</b> Inspelade intervjuer som transkriberades ord för ord och tematiseras.	Många av patienterna hade en felaktig uppfattning om att en hjärt- revaskularisering botade deras hjärtproblem. Vårdpersonalen hade en viktig roll för patienterna genom att belysa vikten av livsstilsförändringar.