

Namn: Cleo Oppermann och Rosalie Svensson

Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för
vårdvetenskap

Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13,
HT 2020

Nivå: Grundnivå

Handledare: Anna Hansson

Examinator: Ing-Britt Rydeman

Livskvalitet efter en hjärtinfarkt

En litteraturöversikt

Quality of life after a myocardial infarction

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Den största dödsorsaken i världen är hjärt-kärlsjukdomar och cirka 17,9 miljoner människor dör till följd av detta varje år. Livet kantas av nya utmaningar efter en hjärtinfarkt och det är sjuksköterskans skyldighet att främja hälsan hos personerna. Därför har sjuksköterskan en viktig roll i rehabiliteringsprocessen för att personerna ska kunna återgå till ett så normalt liv som möjligt efter hjärtinfarkten. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan utför ett förebyggande arbete för att förhindra att personer ska drabbas av en hjärtinfarkt. Livskvalitet är inte ett helt entydigt begrepp och varje individ tolkar det olika utifrån sin egna uppfattning.
- Syfte:** Syftet var att beskriva personers livskvalitet efter en hjärtinfarkt
- Metod:** En litteraturöversikt där en sammanställning av 1 kvalitativ och 11 kvantitativa artiklar användes. Databaserna Cinahl Complete, PubMed och PsycINFO användes.
- Resultat:** Resultatet redovisas i fem teman. Fysisk påverkan, psykisk påverkan, social påverkan och betydelsen av stöd, generell påverkan och förändringar över tid. Resultatet visade att livskvaliteten påverkades negativt i alla områden efter en upplevd hjärtinfarkt men att livskvaliteten oftast förbättrades med tiden.
- Slutsats:** Detta arbete har visat att livet efter en hjärtinfarkt är omtumlande för personen. Livskvaliteten påverkades negativt gällande de fysiska, psykiska och sociala aspekterna men också livskvaliteten generellt. Livskvaliteten har visat sig ha förbättrats med tiden. Sjuksköterskan har en viktig roll i personernas rehabiliteringsprocess och är en viktig del i att förbättra personers välmående efter en hjärtinfarkt. Genom stöttning, information och individanpassad vård kan personerna få en bättre rehabiliteringsprocess som förhoppningsvis leder till att personerna kan återgå till vardagslivet samt arbetet igen.
- Nyckelord:** Livskvalitet, Hjärtinfarkt, Vardagsliv, Livssituation

Abstract

Background: The leading cause of death in the world is cardiovascular disease and approximately 17.9 million die because of this every year. Life is filled with new challenges after a heart attack and it is the nurse's duty to promote the health of the people. To be able to return to a normal life as possible after a heart attack the nurse has an important role in the rehabilitation process. It is important that the nurse perform preventive work to prevent people from suffering a heart attack. Quality of life is not completely unambiguous and each individual interprets it differently based on their own perception.

Aim: The aim was to describe the quality of life after a myocardial infarction.

Method: A literature review with a collection of results from 1 qualitative and 11 quantitative articles. The databases Cinahl Complete, PubMed and PsycINFO were used.

Results: The result is presented in five themes. Physical impact, psychological impact, social impact and the importance of support, general impact and changes over time. The results showed that the quality of life was negatively affected in all areas after a perceived heart attack, but that the quality of life usually improved over time.

Conclusion: This study has shown that life after a heart attack is shocking for the person. The quality of life was negatively affected in terms of the physical, mental and social aspects, but also the quality of life in general. The quality of life has been shown to improve over time. The nurse has an important role in people's rehabilitation process and is an important part in people's well-being after a perceived heart attack. Through support, information and individualized care, people can have a better rehabilitation process which hopefully leads to the people being able to return to their everyday life and work again.

Keywords: Quality of life, Myocardial infarction, Daily life, Life situation

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HJÄRTINFARKT	1
ATT DRABBAS AV EN HJÄRTINFARKT	2
PATOFYSIOLOGI	2
SYMPTOM	2
BEHANDLING	3
RISKFaktorER VID EN HJÄRTINFARKT	3
EGENVÅRD.....	4
PREVENTION	4
LIVSKVALITET	5
SJUJSKÖTERS KANS OMVÅRDNAD VID EN HJÄRTINFARKT	6
PROBLEMFoRMULERING	7
SYFTE	7
TEORETISK REFERENS RAM	7
METOD	8
URVAL	8
DATAINSAMLING	8
DATAANALYS.....	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	10
FYSISK PÅVERKAN	11
PSYKISK PÅVERKAN.....	11
SOCIAL PÅVERKAN OCH BETYDELSEN AV STÖD.....	12
GENERELL PÅVERKAN.....	13
FÖRÄNDRINGAR ÖVER TID.....	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION.....	14
RESULTATDISKUSSION.....	15
KLINISKA IMPLIKATIONER	18
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	18

SLUTSATS	19
REFERENSFÖRTECKNING	20
BILAGA 1. SÖKMATRIS	24
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	25

INLEDNING

Hjärt-kärlsjukdomar är en av de största dödsorsakerna i världen. Att ha drabbats av en hjärtinfarkt påverkar hela personens livsvärld. Författarna till föreliggande arbete har personer i sin närhet som drabbats av en hjärtinfarkt och ville därför fördjupa sig mer inom området. Detta för att förbättra sin egen kunskap inför sitt framtida yrke som sjuksköterskor men också för att ge möjlighet för andra att ta del av forskning som finns kring hur personerna påverkas av denna livshotande händelse. Att studera hur personerna upplever livskvaliteten efter att ha genomgått en hjärtinfarkt är viktigt för att sjuksköterskan ska kunna ge så adekvat stöd som möjligt och främja hälsan hos dessa patienter.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

Den största dödsorsaken i världen är hjärt-kärlsjukdomar och cirka 17,9 miljoner människor dör till följd av detta varje år. Ungefär 85 procent av dödsfall som beror på hjärt-kärlsjukdomar så är orsaken hjärtinfarkt samt stroke. Det är uppemot 32,4 miljoner personer som får antingen hjärtinfarkt eller stroke varje år. Personer som överlever en hjärtinfarkt har en större risk att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Ungefär 5 procent dör av återinsjuknande i hjärtinfarkt varje år (World Health Organization [WHO], u.å). Under 2018 drabbades ungefär 24 800 människor av en akut hjärtinfarkt i Sverige och ungefär 5 800 människor avled till följd av detta. Att män drabbas av en hjärtinfarkt är mycket vanligare än att kvinnor drabbas, då männen står för ca 63 procent av fallen (Socialstyrelsen, 2019). Enligt Hjärt- Lungfonden (u.å.) och Ericson och Ericson (2012) drabbas kvinnor av hjärtinfarkt ungefär 10 år senare i livet än män. Kvinnor har då oftast andra grundsjukdomar så som högt blodtryck och diabetes som är stora riskfaktorer till att drabbas av hjärtinfarkt. Studien av Ojha och Dhamoon (2020) fann att personer som har andra grundsjukdomar så som högt blodtryck och diabetes hade en större sannolikhet att drabbas av en hjärtinfarkt. Kvinnor som hade dessa grundsjukdomar hade också en större sannolikhet att utsättas för en hjärtinfarkt än män. Ericson och Ericson (2012) beskriver att kvinnor inte drabbas av hjärtinfarkt i samma utsträckning som män tack vare deras östrogen då det tros ha en skyddande faktor innan menopausen.

Att drabbas av en hjärtinfarkt

En studie har visat att livet efter en hjärtinfarkt kantas av nya utmaningar och att personerna kämpar hårt för att återfå ett så normalt liv som möjligt. Flera upplever begränsningar i vardagen och osäkerhet kring sin sjukdom. Flera beskriver sjukdomen som svår att hantera (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007). Cullberg beskriver om krisfaser och dess förlopp. Det som ingår i krisfasen är chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Under chockfasen så har personen svårt att bearbeta vad som har hänt. Under reaktionsfasen så börjar personen inse vad som har hänt. Vid bearbetningsfasen så är inte längre personen i det akuta stadiet. Här börjar personen fundera på framtiden och acceptera vad som har hänt. Under den sista fasen som är nyorienteringsfasen så finns ett ärr kvar av händelsen som inträffat men personen har bearbetat vad som har hänt. Personen har fått en förbättrad självkänsla (Cullberg, 2003).

Patofysiologi

Hjärtinfarkt orsakas vanligtvis av att en blodpropp delvis eller helt täppt till hjärtats kransskäl vilket leder till att hjärtat drabbas av syrebrist (Edberg & Wijk, 2014). Hjärtinfarkt kan delas in i STEMI och NSTEMI. Vid STEMI sker det en ST-höjning som syns på elektrokardiogram (EKG). STEMI uppstår när plackruptur och trombos sker centralt i ett större kranskärl. Detta täpper igen blodflödet i kranskärllet och inget blod kan komma igenom. Detta leder i sin tur till att de myokardceller som är beroende av blodflödet blir skadade och nekrotiserade (Ericson & Ericson, 2012). Vid en NSTEMI uppstår ingen ST-höjning på EKG på grund av att blodet i kärlet fortfarande kan passera placket som har bildats (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). De plack som gör att det skapas en hjärtinfarkt kommer ifrån de blodfetter som människan under våra liv lagrar i väggarna på våra blodkärl. Till slut orsakar ansamlingen av fett en inflammation som sedan leder till att det utvecklas en förhårdnad av fett, bindväv och kalk och det är detta som kallas för plack. Ca 30 procent av alla hjärtinfarkter är STEMI som är allvarligare i det akuta skedet och 65 procent är NSTEMI. De resterande fem procenten består av personer som drabbas av ett så kallat vänstersidigt grenblock (Hjärt-lungfonden, 2019).

Symtom

De vanligaste symtomen som personer upplever vid en hjärtinfarkt är bröstsmärtor. Bröstsmärtorna kan komma plötsligt och känslan kan vara diffus i form av ett obehag. En

känsla av tryck eller smärta kan också uppkomma över bröstet och känslan kan kännas både vid vila men också vid ansträngning. Smärtan kan vara både ihållande eller återkommande. Smärtan kan också stråla mot vänster arm, mot underkäken, upp i nacken eller ut mellan skulderbladen. Kvinnor kan uppleva en mer diffus symptom så som ångest, illamående, kallsvettighet och andfåddhet. Det är alltid ont om tid när det finns en misstanke om hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2012). Forskning har visat att fler personer avlider när det sker en fördröjning av triagering vid misstänkt hjärtinfarkt. När de inkommer till akutavdelningen tar det längre tid för att få EKG som kan påvisa en hjärtinfarkt och därför får patienterna inte rätt vård i tid enligt Sanders (2017).

Behandling

Behandling vid hjärtinfarkt ser olika ut. Behandling vid en STEMI kan summeras i begreppet SATSA. SATSA är en förkortning där varje bokstav symboliserar första bokstaven i en viktig åtgärd och åtgärderna är smärtlindring och lindring av ångest och oro, antiischemisk behandling, trombosbehandling, sviktbehandling och arytmibehandling. PCI sker främst vid STEMI och öppnar upp det förträngda kärlet med en kateter och kombineras med en stent. Vid STEMI sker också trombolys då läkemedel fås för att öppna det igentäppta blodkärlet. Aktuella behandlingar vid NSTEMI är en kombination av ASA och klopidogetel. Lågmolekylära hepariner kan vara tillägg på den tidiga nämnda kombinationen. Dessa behandlingar ges för att motverka uppbyggnaden av trombosen (Ericson & Ericson, 2012).

Riskfaktorer vid en hjärtinfarkt

Det finns flera riskfaktorer som ökar risken för att drabbas av en hjärtinfarkt. Enligt Socialstyrelsen (2015) är faktorer så som rökning, höga blodfetter och en låg grad av fysisk aktivitet en risk för att drabbas av hjärtinfarkt. Ärftliga anlag, högt blodtryck, diabetes, stress samt övervikt och fetma kan öka risken för att drabbas av en hjärtinfarkt. Det är extra viktigt att tänka på livsstilen för de som har ett arvsanlag där risken för åderförfattning är hög. Hjärt-Lungfonden (2019) menar på att ju äldre människan blir desto större är risken att drabbas av en hjärtinfarkt. Enligt socialstyrelsen (2018) var det sex gånger vanligare att en person i 85 års åldern eller äldre skulle drabbas av en akut hjärtinfarkt jämfört med de som var 65-69 år. Enligt Larsson och Rundgren (2010) så varierar funktionen hos de äldre beroende på individen. Hur fort åldersförändringarna sker beror på individen men också yttre

omständigheter så som sjukdomar. Dessa åldersförändringar har en negativ påverkan på kroppens organ och detta leder till att kroppen inte klarar av påfrestningar lika bra.

Egenvård

Egenvård är en viktig del i rehabiliteringsprocessen efter en hjärtinfarkt. Det är viktigt att patienter erbjuds antingen rehabilitering i grupp eller individuellt och att det ges ett mångsidigt rehabiliteringsprogram där det ges stöttning, motivation och råd (Ericson och Ericson, 2012). Eriksson anser att för att uppleva hälsa måste personen själv ta ansvar över sin egen hälsa. Ibland kan hälsohinder uppkomma och detta förhindrar en person från att kunna uppleva hälsa. Vårdens mål är att lindra människors lidande. Personer upplever ett lidande någon gång i livet och detta kan ske hos personer som har fått en sjukdom. Människan kan ha svårt att känna igen sig själv när hon lider (Eriksson, 2018). Att snabbt hjälpa patienten tillbaka i vardagslivet och hjälpa de upprätthålla en aktiv vardag kan vara viktigt för att inte förlora förmågan att röra sig samt för att kunna utföra sysslor i hemmet (Larsson & Rundgren, 2010).

Prevention

Enligt Edberg och Wijk (2014) är det viktigt att bibehålla en god hälsa för att undvika sjukdom till exempel hjärt-kärlsjukdomar som leder till hjärtinfarkt. Exempelvis är det betydelsefullt att motionera regelbundet, att äta regelbundet och nyttigt, dricka alkohol i måttliga mängder och att inte röka. Människan ska också ta hand om sitt sociala nätverk samt undvika negativ stress. Prevention är en viktig del inom hjärt-kärlsjukdomar för att minska risken för hjärtinfarkt. Tre fjärdedelar av de som dör i hjärt-kärlsjukdomar kan motverkas med hjälp av livsstilsförändringar. Hälsosamtal med inriktning på livsstil, utbildning och uppföljning av egenvård visade sig ha en stor betydelse för rehabiliteringsprocessen och gjorde patienterna mer motiverade att göra livsstilsförändringar (Johnston et al., 2016; Turan Kavradim & Canli Özer, 2020).

2017 var samhällskostnaden i Sverige för hjärt-kärlsjukdom 63,3 miljarder kronor. Det är betydelsefullt med forskning samt förbättring av teknik som kombineras med livsstilsförändringar. Detta har lett till att 400 000 personer har räddats under de senaste 30 åren. Genom att forskning har gjorts inom hjärt-kärlsjukdom har liv och livskvaliteten räddats (Forska Sverige, u.å.).

Gustavsson och Ljungman (2020) beskriver att personer påverkas av att återgå till arbetet efter att de har drabbats av en hjärtinfarkt. Många personer behöver sjukskrivas under en längre period efter en hjärtinfarkt. De som inte har några specifika komplikationer kan återgå till arbetet inom de flesta arbeten. Personer som har fått komplikationer i form av exempelvis vänsterkammarsvikt kan inte återgå till vissa arbeten. Det kan krävas att det sker anpassningar på arbetet för personer som har drabbats av en hjärtinfarkt och återgår till arbetet beroende på hur mycket personen själv orkar och är kapabel till.

Livskvalitet

En central faktor i hälso- och sjukvårdens mål är livskvalitet och ett gott liv. Ett gott liv och livskvalitet kan beskrivas som synonymer till varandra och redogör det som bidrar till att en persons liv blir bättre alternativt sämre. Dock är definitionen av livskvalitet inte ett helt entydigt begrepp (Sandman & Kjellström, 2013). Enligt WHO (u.å) är livskvalitet en persons individuella uppfattning om sin status i livet samt i relation till den kultur och de värderingar samhället har. Livskvaliteten påverkas också av personens individuella mål, förväntningar och bekymmer. Enligt SOU 2015:56 har inte begreppet livskvalitet en allmän accepterad definition. Beroende på i vilket sammanhang ordet används har livskvalitet olika betydelser. Precis som nämns ovan beskriver SOU 2015:56 en liknande beskrivning av att livskvalitet har olika innebörd beroende på individens egna uppfattningar, värderingar eller sätt att leva. Livskvalitet används inom hälsa-och sjukvården istället som ett mått på hälsa och funktion.

Livskvaliteten är ett viktigt begrepp för sjuksköterskan att ha förståelse om då det kan hjälpa till att vägleda vad sjuksköterskan bör försöka uppnå med vårdandet. Det sjuksköterskan ska uppnå med sitt vårdande är hälsa, att hjälpa patienterna att uppnå ett gott liv. Ett gott liv eller att uppnå livskvalitet kan som tidigare nämnt vara olika för varje individ. Människan kan ha mer eller mindre livskvalitet beroende på livssituation och mående. Livskvalitet beskrivs i detta fall som i vilka avseenden som människans tillvaro upplevs bättre eller sämre. Livskvalitet kan ges tre varierande definitioner. Den första definitionen är att livet är fattbart. Den andra definitionen är att livet är inriktat mot ett mål och är något som kan ge mening. Den tredje definitionen står för att livet är värdefullt är att säga att livet är högkvalitativt. Med hänsyn taget till detta tycks begreppet livskvalitet vara det mest adekvata. En hälsorelaterad livskvalitet är en del av den allmänna livskvaliteten. Livskvaliteten blir påverkad av de handlingar som utförs i vården, vårdandet eller som har ett samband med hälsan (Sandman & Kjellström, 2013). Livskvalitet är ett mångsidigt och komplext mått på

personers egna uppskattning av sitt psykiska, fysiska och sociala välbefinnande. Trots att hälsan har ett stort inflytande på livskvaliteten finns det även andra delar av tillvaron som också väger in i livskvaliteten som exempelvis familj, sysselsättning, fritid, ekonomi och utbildning (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2012) .

Det finns flera formulär som mäter livskvalitet, till exempel the 36-item short form health survey (SF-36) och the short form 12 health survey (SF-12) där SF-12 formuläret är en kortare version av SF-36. Båda dessa formulär mäter åtta olika delar, fysisk hälsa, begränsningar som gäller den fysiska hälsan, fysisk smärta, hälsan som upplevs dagligen, livskraft, hur patienten fungerar socialt, begränsningar av hur patienten betar sig beroende på känslomässiga svårigheter och hur patienten mår psykiskt (Huo, Guo, Shenkman & Muller, 2018). Nottingham health profile samt quality of life index-cardiac version mäter liknande områden som SF-36 och SF-12 (Ecohard et al. 2006; Smith, Taylor & Mitchell, 2000). Det finns också två frågeformulär som riktar sig direkt till personer som upplevt en hjärtinfarkt där den ena är the quality of life after myocardial infarction (QLMI) frågeformulär. Formuläret innehåller frågor om självkänsla, begränsningar, trötthet, emotionell funktion samt självförtroende (Dempster, Donnelly & O'Loughlin, 2004). Det andra frågeformuläret som riktas direkt till hjärtinfarktpatienter är The Seattle Angina Questionnaire (SAQ) som mäter fysiska begränsningar, angina stabilitet, angina frekvens, behandlingsnöjdhet och hur respondenten uppfattar att deras kranskärl påverkar livskvaliteten (Huffmann et al. 2019).

Sjuksköterskans omvårdnad vid en hjärtinfarkt

Det är sjuksköterskans skyldighet att främja hälsan hos patienter (Friberg & Öhlén, 2014). Sjuksköterskans har som uppgift att tillfredsställa patienternas behov och bedriva omvårdnad i form av preventivt och hälsofrämjande ändamål. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan vet att hjärtinfarkt kan drabba alla och i unga åldrar också för att kunna vara beredd på att berätta om sjukdomen vid exempelvis en akut fas. Hon ska tillsammans med annan vårdpersonal samarbeta och utföra omvårdnadsåtgärder samt stötta personen som är i nöd. Stöttande samtal kan erhållas samt hjälp för att kunna hantera stress efter en hjärtinfarkt. Hjärtinfarktpatienter kan behöva ta mediciner hela livet för att förebygga att en ny infarkt infaller och kan då behöva stöd från sjuksköterskan (Edberg & Wijk, 2014).

PROBLEMFORMULERING

Cirka 24 800 människor drabbas av hjärtinfarkt varje år och hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Att drabbas av en hjärtinfarkt påverkar personens livssituation och livet efteråt kantas av nya utmaningar och en lång rehabiliteringsprocess. Ett av vårdens mål är att lindra människors lidande och genom att sammanställa forskning kring personers livskvalitet efter en hjärtinfarkt kan det bidra till en ökad förståelse samt kunskap kring hur sjuksköterskan kan bemöta samt stödja dessa personer på bästa sätt.

SYFTE

Syftet var att beskriva personers livskvalitet efter en hjärtinfarkt

TEORETISK REFERENSRAM

Katie Eriksson skriver om begreppen människa, hälsa och lidande. Eriksson menar att människan ivrigt vill ha samhörighet med andra individer. Människan vill vara älskad, tro på något och känna förtröstan och kunna förstå vad meningen med livet är. Människan kämpar i livet och kan utsättas för en sjukdom som kan leda till en förvärrad hälsa och då kan människan behöva ändra sina levnadsvanor (Eriksson, 2018).

Eriksson anser att begreppet hälsa innefattar att vara frisk, att ha sunda vanor och ha ett bra mående. Eriksson anser att begreppet hälsa betyder att människan ska känna sig hel i medvetande, kropp och sinnelag och att det är betydelsefullt att ta ansvar för sin hälsa som människa. När Eriksson beskriver kroppen anser hon ett gott hälsotillstånd och med rätt sinnelag menar hon att det har med människans förnimmelse av själslig jämvikt att göra. När medvetandet beskrivs av Eriksson gäller det att människan kan hitta livets mest grundläggande värden. När människan inte finner jämvikt i dessa tre områden leder detta till hälsokomplikationer, behov samt drivkraft att uppfylla sina önskningar (Eriksson, 2018).

Lidande är ett viktigt begrepp inom vård och omsorg. Eriksson menar att det är viktigt med kunnande kring lidande samt kroppsligt välbefinnande inom vård och omsorg och att avhjälpa lidande för patienter är en viktig drivkraft för omvårdnad (Eriksson, 2018).

Att drabbas av hjärtinfarkt påverkar människans hälsa och kan innebära ett lidande för patienten. Författarna avser därför att diskutera litteraturoversiktens resultat mot Erikssons teori utifrån begreppen, människa, hälsa och lidande i resultatdiskussionen.

METOD

Litteraturöversikt valdes som metod. Friberg (2017) skriver att genom att genomföra en litteraturöversikt kan befintlig forskning i detta fall inom livskvalitet hos personer som drabbats av hjärtinfarkt kartläggas och sammanställas. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan inkluderas. Problemformuleringen och syftet är väsentligt för att bestämma vilken typ av litteraturöversikt som väljs. Författarna använde sig av både kvalitativa och kvantitativa artiklar och ansåg att litteraturöversikt var lämplig som metod då de avsåg att sammanställa befintlig forskning kring hur personer som genomgått en hjärtinfarkt upplever sin livskvalitet.

Urval

Urvalskriterierna var vetenskapliga originalartiklar, med både kvalitativ och kvantitativ metod. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt vara publicerade år 2000-2020, inkludera personer 18 år eller äldre samt vara peer-reviewed. Att artikeln är peer-reviewed innebär att artiklarna är publicerade i vetenskapliga tidskrifter och har granskats av ett expertråd inom området. Författarna kvalitetsgranskade alla artiklarna som användes i resultatet utifrån Fribergs checklista. Exempel på frågor som kan ställas vid kvalitetsgranskning av artiklarna enligt checklistan är: Finns det ett tydligt formulerat syfte? Hur är metoden beskriven? Hur har data analyserats? Vad visar resultatet? (Friberg, 2017).

Datainsamling

Litteratursökningen genomfördes i databaserna PubMed, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) och PsycINFO. PubMed innehåller referenser inom medicin samt artiklar inom omvårdnad och CINAHL innehåller referenser till bland annat omvårdnad och medicin (Friberg, 2017). PsycINFO omfattar litteratur inom psykologi, logopedi samt ämnesområden som anknyter till dessa (Ersta Sköndal Bräcke högskola, u.å). Vid databassökningen har svensk MeSH-termer använts. MeSH står för Medical Subject Headings och är en ämnesordlista (Karolinska Institutet, 2020). Författarna använde sig av ämnesordlistan i PubMed, CINAHL och PsycINFO för att finna korrekta mesh-termer. Detta gjorde att sökord kunde upptäckas som överensstämmer med databasen eller ämnesområdet som söks i (Friberg, 2017). Författarna använde sig av MeSH-termerna "myocardial infarction" och "quality of life" i databaserna CINAHL, PubMed samt PsycINFO. Tillsammans med MeSH-termerna användes fritextsökningarna "daily living" och "life

situation” i olika kombinationer. I PubMed användes MeSH-termerna först tillsammans med fritextsökningen “daily living”. Efter detta gjordes en ny sökning på PubMed med MeSH-termerna samt fritextsökningen “life situation”. Vid sökning på CINAHL användes bara fritextsökningen “daily living” och MeSH-termerna. På PsycINFO användes bara MeSH-termerna vid sökning.

Boolesk sök teknik användes för att kombinera sökningarna. Denna sök teknik utgör olika sätt att sammanställa sökord. I föreliggande arbete användes endast sökoperatoren AND. Denna sök teknik används när två sökord ska kopplas ihop (Friberg, 2017). Författarna till föreliggande arbete använde sökoperatoren AND tillsammans med sökorden myocardial infarction och quality of life vilket innebar att träffarna innehöll forskning som avhandlade både myocardial infarction och quality of life. För att välja artiklar till resultatet lästes först titeln. Om titeln verkade relevant lästes abstract och om tillhörande abstract innehöll information som verkade besvara litteraturöversiktens syfte lästes hela artikeln. Val av artiklar gjordes genom att läsa abstract för att få en helhetsbild av artiklarna och för att utesluta de som inte var relevanta för resultatet i enlighet med Friberg (2017). Resultatet av sökningarna redovisas i bilaga 1.

Dataanalys

Den modell av Friberg (2017) som har använts för att analysera studierna består av fyra steg. I det första steget lästes artiklarna återigen igenom för att få ett sammanhang och för att förstå helheten. Under genomläsningen sammanfattade författarna till föreliggande arbete det viktigaste i varje artikel på ett separat papper som stöd i analysarbetet. I det andra steget överfördes artiklarnas olika delar till en översiktstabell där bland annat artiklarnas, titel, syfte, metod och resultat redovisas (bilaga 2). Att sammanfatta artiklarna i en översiktstabell är enligt Friberg (2017) viktigt för att få en god överblick inför det fortsatta analysförfarandet. I det tredje steget ska likheter och skillnader identifieras i bland annat artiklarnas resultatdel. Artiklarna översattes till svenska med hjälp av Google Översätt för att göra det lättare att identifiera likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Likheterna och skillnaderna markerades sedan med olika färger på ett separat Word dokument. I det fjärde och sista steget gjordes i enlighet med Friberg (2017) en sammanställning av det som framkommit genom att sortera in innehåll som handlar om samma sak under lämpliga rubriker för att på så sätt skapa kategorier. Under varje tema samlades de resultat som hör dit. På så vis kunde författarna skifta mellan att betrakta studiernas helhet och studiernas olika delar. På så sätt

kunde helheten och delarna föras samman till slutresultatet. Slutligen utkristalliserade sig fem stycken teman fysisk påverkan, psykisk påverkan, social påverkan och betydelsen av stöd, generell påverkan och förändringar över tid.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetik innebär att etiska överväganden utförs under studiens gång. Detta genomförs innan och under ett arbete. Författarna reflekterar över alla moment som genomförs, i detta fall författarnas uppsats. Forskningsetiken existerar för att skydda människors rättigheter och grundläggande värden. Etiska överväganden ska genomsyra hela studien. Att författarna använder sig av etiskt acceptabel forskning men också att författarna gör etiska överväganden när författarna väljer val av ämne och formar frågeställningen. Författarna ska också se till att följa de etiska lagar, riktlinjer och principer som finns så som att visa respekt för personen, alltid ståva efter att göra gott och se till att det finns rättvisa i allt författarna använder och gör i studien. Etik inom vetenskapliga studier avser att slå vakt om deltagarnas integritet.

Persondata måste behandlas konfidentiellt. Deltagarnas identiteter får inte avslöjas (Sandman & Kjellström, 2013).

När författarna granskade artiklarna undersöktes det om artiklarna var etiskt granskade. Alla artiklarna som användes var peer-reviewed och är därför granskade. Detta betydde inte nödvändigtvis att de var etiskt granskade. Därför läste författarna också igenom tidskrifternas krav på om artiklarna behövde vara etiskt godkända för att bli publicerade. Detta för att försäkra att artiklarna faktiskt höll en etisk standard. De artiklar som hittades via PubMed dubbelkollade författarna så att de var peer-reviewed manuellt då detta inte fanns tillgängligt i sökfunktionen på PubMed.

Inom forskning finns det regler och riktlinjer som ska efterföljas. Oredlighet i forskning innebär att fabricera och det betyder att uppgifter som resultat hittas på och skrivs som om de vore sanna. Att plagiera andra artiklar alternativt använda sig av vetenskaplig information samt resultat och framställa dem som sina egna forskningsresultat är också oredlighet i forskning (Codex, 2020). Författarna till föreliggande arbete har följt dessa regler och riktlinjer för forskning.

RESULTAT

Resultatet presenteras med hjälp av de teman som framkom under dataanalysen. De fem teman var fysisk påverkan, psykisk påverkan, social påverkan och betydelsen av stöd,

generell påverkan och förändringar över tid. Resultatet består av en sammanställning av 1 kvalitativ och 11 kvantitativa artiklar.

Fysisk påverkan

I flera studier rapporterade både kvinnor och män kroppsliga förändringar så som bröstsmärtor, andfåddhet, yrsel och ökad trötthet de första månaderna efter en hjärtinfarkt, vilket hade en stor negativ inverkan på livskvaliteten (Brink, Alsén, Herlitz, Kjellgren & Cliffordson, 2012; Brink, Karlson & Hallberg, 2002; Kristofferzon, Löfmark & Carlssons, 2005; Roebuck, Furze & Thompson, 2001). I studien av Huffman et al (2019) uppgav personerna att det ofta uppkom bröstsmärtor efter att de hade legat inne på sjukhuset för sin hjärtinfarkt. Många personer skattade dock att de bara fick mildare bröstsmärtor eller fick bara bröstsmärtor ibland. Kvinnor fick bröstsmärtor i större utsträckning jämfört med män.

Flera personer skattade att deras fysiska rörlighet var begränsad vilket påverkade livskvaliteten negativt (Ecochard et al., 2001; Kristofferzon et al., 2005). Studier visade att personer som var äldre hade större fysiska begränsningar och hade svårare med den fysiska rörligheten än de yngre personerna (Ecochard et al., 2001; Huffman et al., 2019). Personer som hade andra sjukdomar så som diabetes eller njursjukdom i bakgrunden visade sig ha en sämre fysisk förmåga vilket påverkade livskvaliteten negativt (Bahall & Khan, 2018). Kvinnor uppgav en större fysisk begränsning än män vilket visade en skillnad i livskvaliteten (Huffman et al., 2019).

Ett flertal studier beskrev att när personer tillfrisknade så skattade många att de hade svårigheter att utföra dagliga aktiviteter så som att arbeta, handla och köra bil på grund av deras bristande fysiska hälsa (Brink et al., 2002; Huffman et al., 2019; Mollon & Bhattacharjee 2017; Roebuck et al., 2001).

I ett flertal studier uppgav män en bättre fysisk hälsa kopplat till livskvalitet jämfört med kvinnor (Bergman, Malm, Karlsson & Berterö, 2009; Brink et al., 2002; Brink, Grankvist, Karlson Björn & Hallberg, 2005; Brink et al., 2012; Huffman et al., 2019).

Psykisk påverkan

Flera studier visade att personerna uppgav att deras psykiska hälsa hade förvärrats efter hjärtinfarkten och att det hade en negativ påverkan på livskvaliteten (Brink et al., 2005; Brink et al., 2002; Mollon & Bhattacharjee, 2017; Tütüncü, Ateş & Aydin, 2011). Kvinnor skattade

en sämre psykisk hälsa jämfört med män (Bergman et al., 2009; Brink et al., 2002). Personer som var 65 år eller äldre skattade en sämre psykisk hälsa (Brink et al., 2012).

Både kvinnor och män upplevde ångest, depression, oro, dåligt självförtroende och förändrat humör som hade en koppling till sämre livskvalitet (Bahall & Khan, 2018; Brink et al., 2002; Kristofferzon et al., 2005; Roebuck et al., 2001). Kvinnor skattade generellt mer stress än män (Bergman et al., 2009).

Känslor av irritation och depression efter hjärtinfarkten hade en negativ effekt på flera personers liv. Personer upplevde att de kände sig mer deprimerade och mindre toleranta än tidigare som kunde göra att de till exempel behövde avbryta semester tidigare än planerat (Roebuck et al., 2001). Personerna uppgav att på grund av deras psykiska mående kunde de inte utföra aktiviteter likaväl som förut som medförde en stor betydelse för den hälsorelaterade livskvaliteten (Brink et al., 2002).

Flera personer upplevde en oro för framtiden, till exempel hur livet skulle se ut efter hjärtinfarkten och hur hälsan skulle påverkas. Flera personer uttryckte en rädsla för en ny hjärtinfarkt och döden. De uttryckte också en oro för att anstränga sig för mycket men samtidigt en oro för att göra för lite (Roebuck et al., 2001).

I en studie visade resultatet att personerna uppgav trötthet samt försämrad sömn. Studien visade vidare att problem med sömnen ledde till trötthet och att personerna inte klarade av dagen utan att vila och detta påverkade livskvaliteten negativt (Brink et al., 2012; Roebuck et al., 2001). Kvinnor skattade att de hade mer problem med sömnen än män (Brink et al., 2012; Brink et al., 2002).

Personers livskvalitet påverkades av depression samt coping strategier som fatalism och minimering (Brink et al., 2002).

Personer upplevde oro gällande medicinering och rehabilitering. De upplevde att informationen var otillräcklig och skapade frågetecken. Personerna upplevde också att de inte blev tagna på allvar gällande sin oro och kände ofta att läkaren hade lite med tid och var okänslig gällande deras behov av hjälp (Roebuck et al., 2001). Kvinnor och män uppgav ungefär samma behandlingsnöjdhet medan äldre personer skattade en lägre behandlingsnöjdhet (Huffman et al., 2019).

Social påverkan och betydelsen av stöd

Flera personer skattade att de upplevde ett minskat socialt liv. De skattade att isolering och ensamhet ökat efter hjärtinfarkten och att det påverkade negativt på livskvaliteten (Brink et

al., 2005; Kristofferzon et al., 2005). Personer som bodde ensamma upplevde att isolering och ensamhet berodde på deras bristande förmåga att träffa vänner för att de snabbt blev trötta. Möjligheten att inte längre kunna ta sig någonstans med bil upplevdes också som en bidragande faktor till försämrad rörlighet och ökad isolering, detta då tillfälligt körförbud utfärdats efter hjärtinfarkten (Roebuck et al., 2001).

Kvinnor uppgav problem med att delta/utföra sociala aktiviteter jämfört med innan hjärtinfarkten. De rapporterade även att de var mer oroliga för att inte kunna socialisera sig och ta hand om familjen samt att hålla kontakt med vänner (Brink et al., 2002).

Både kvinnor och män uppgav att de fick mest stöd från barn och partners medan de fick ett mindre stöd från vänner. Ett visst stöd fanns också hos barnbarn och kyrkan (Kristofferzon et al., 2005).

Enligt Tütüncü et al. (2011) skattade de som börjat arbeta igen att de hade ett bra fungerande socialt liv och att detta påverkade livskvaliteten positivt.

Generell påverkan

Personer som var äldre upplevde många gånger en lägre livskvalitet i allmänhet (Bahall & Khan, 2018; Brink et al., 2002; Tütüncü et al., 2011). I studien av Bergman et al. (2009) skattade kvinnor en lägre generell livskvalitet jämfört med män. I studien av Mollon och Bhattacharjee (2017) uppgav personer som varit med om en hjärtinfarkt en förvärrad hälsorelaterad livskvalitet jämfört med den allmänna befolkningen. Personer som själv berättade att de hade ett stressfullt liv skattade en lägre livskvalitet (Bahall & Khan, 2018).

Personer som hade många hälsoproblem hade ofta en större risk att uppleva en lägre hälsorelaterad livskvalitet (Brink et al., 2002). Personer som hade andra sjukdomar så som NSTEMI, diabetes, högt blodtryck, njursjukdom, kranskärslsjukdomar eller andra grundsjukdomar skattade en lägre livskvalitet (Bahall & Khan, 2018; Tütüncü et al. 2011).

Personer som motionerade hade generellt en bättre livskvalitet än de som inte gjorde det (Bahall & Khan, 2018).

Förändringar över tid

Flera personer skattade att livskvaliteten var som lägst den första tiden efter hjärtinfarkten. Livskvaliteten visade sig var låg på flera domäner så som fysisk, psykiskt och socialt. Alla dessa domäner visade dock ha förbättrats över tid och detta ledde till en högre livskvalitet (Bahall och Khan, 2018; Brink et al., 2005; Eriksson, Asplund, Hochwälder & Svedlund,

2013; Kristofferzon et al., 2005). Fem månader efter personernas hjärtinfarkt så hade männens fysiska hälsa förbättrats medan det inte hade skett märkbara förändringar hos kvinnorna (Brink et al., 2005).

Den psykiska hälsan visade sig ha en tydligare ökning hos kvinnor över tid (Brink et al., 2005; Kristofferzon et al., 2005). I studien av Brink et al. (2005) minskade depressionen hos kvinnor med tiden efter att de hade upplevt hjärtinfarkten.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna använde sig av en litteraturoversikt för att besvara syftet om personers livskvalitet efter en hjärtinfarkt. Detta gav en god översikt av befintlig forskning och gav en helhetssyn av området som studerats. Författarna inkluderade både kvalitativa och kvantitativa artiklar där endast en av artiklarna var kvalitativ. Författarna hade önskat att få fler kvalitativa artiklar men sökorden gjorde att fler kvantitativa artiklar hittades och därför blev det ett lågt antal kvalitativa artiklar. ökningen skulle utföras igen hade författarna använt sig av fler kvalitativa artiklar för att få en mer subjektiv synvinkel. Detta för att få en jämnare balans där både mätningar och beskrivande information kunde ge resultatet en bredare synvinkel. De kvantitativa artiklarna använde olika mätinstrument för att mäta livskvaliteten. Författarna reflekterade över om detta kunde påverka resultatet. Detta då instrumenten mäter olika och kan vara svårt att jämföra.

Artiklar som var skrivna på engelska valdes för att de flesta artiklarna var publicerade på engelska samt för att författarna behärskar det engelska språket. Friberg (2017) menar att forskare oftast vill publicera sina artiklar på engelska för att fler ska kunna läsa deras artiklar men också för att engelskan används världen över och är vetenskapens officiella språk. Om artiklar med andra språk valts hade missförstånd eller tolkningsfel kunnat ske, därför är det en fördel att engelska artiklar valdes. Vid översättning använde författarna delvis sig av Google översätt för att minska risken för tolkningsfel. Artiklar som hade full text fritt tillgängligt användes. Detta upplever författarna som en svaghet då flera artiklar hittades men de kunde inte användas då de inte fann. Författarna började med att göra en sökning där artiklarna skulle ha publicerats de senaste 10 åren. Dock upplevde författarna att detta inte gav tillräckligt med artiklar till resultatet. Därför valde författarna att använda artiklar publicerade de senaste 20 åren. Fördelen med att öka tidsspannet var att författarna inte exkluderade relevanta artiklar som annars hade exkluderats om tidsspannet endast utgått från de senaste 10 åren.

Författarna använde sig utav databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO då dessa innehåller artiklar inom främst omvårdnad vilket var relevant för syftet. I början av författarnas artikelsökning användes ord så som "Quality of life" och "Myocardial infarction". Dessa sökningar gav dock väldigt många träffar och därför lades ytterligare ord till så som "daily living" och "life situation" för att smalna av sökningen ytterligare och detta gjorde det enklare att hitta relevanta artiklar.

Författarna använde sig av Fribergs modell för kvalitativa och kvantitativa artiklar. Modellen var tydligt strukturerad och hjälpte till i processen att analysera artiklarna till resultatet. Författarna ansåg att en styrka var att artiklarna hade kvalitetsgranskats och bedömde att artiklarna låg på medelhög nivå. En svaghet var att författarna aldrig hade kvalitetsgranskat förut. Därför var det till stor hjälp att använda Fribergs checklista.

Författarna upplevde att samarbetat har fungerat bra och satt större delen av arbetet tillsammans. Arbetet delades också upp på ett rättvist sätt vid de tillfällena författarna inte satt tillsammans och detta sammanställdes efter och lästes igenom tillsammans. Under arbetets gång har studien analyserats av andra studenter samt handledare. Detta har gett författarna en möjlighet att få synpunkter utifrån som har bidragit till att arbetet har förbättrats under arbetets gång.

RESULTATDISKUSSION

Litteraturoversiktens resultat visar att personers livskvalitet påverkas fysiskt och psykiskt efter en hjärtinfarkt vilket leder till förändringar i det sociala livet. Vikten av stöd samt den generella hälsan påverkar också livskvaliteten. Resultatet visar att livskvaliteten förändrades över tid och att den generellt blev bättre med tiden.

Litteraturoversiktens resultat visar att både kvinnor och män upplever kroppslig smärta som påverkar livskvaliteten negativt. Resultatet visar att kvinnor generellt upplevde en sämre livskvalitet jämfört med män. Detta bekräftades i studien av Agewall, Berglund och Henareh (2004) där kvinnor hade en utmärkande lägre livskvalitet jämfört med män. Resultatet i litteraturoversikten visar att kvinnor upplever hinder gällande att de inte längre kan ta hand om familjen på samma sätt som innan hjärtinfarkten. Eriksson anser att när människan kan fullfölja sin uppgift som människa, till exempel att kunna finna till hands och hjälpa andra befinner hon sig i sin absoluta värdighet. När detta då tas ifrån henne försvinner människans värdighet (Eriksson, 2018). Detta fick författarna att reflektera om omvårdnaden och stöttningen behöver förbättras bland kvinnor för att hjälpa dem hantera sin situation. Enligt

Eriksson (2018) är hälsa en av vårdprocessens mål. Målet är att förverkliga människans hälsa utifrån personens tankar och viljor.

Enligt Hjärt- Lungfonden (u.å.) och Ericson och Ericson (2012) drabbas kvinnor av hjärtinfarkt senare i livet än män. Författarna reflekterade därför om kvinnor upplevde livskvalitet som sämre på grund av att de oftast är äldre. Detta då litteraturöversiktens resultat visar att äldre upplever en sämre livskvalitet än de yngre deltagarna. I studien av Samiei Siboni, Alimoradi, Atashi, Alipour och Khatooni (2019) bekräftades delvis detta då de fann att kvinnor som var äldre och som hade en kronisk sjukdom upplevde en försämrad livskvalitet. Det går dock inte säkert att säga huruvida ålder och kön har en koppling i litteraturöversiktens resultat då de artiklarna som användes inte alltid angav deltagarnas ålder.

I litteraturöversiktens resultat framkommer det att personer med grundsjukdomar sedan tidigare upplever en sämre livskvalitet generellt jämfört med de utan grundsjukdomar sedan tidigare. Författarna reflekterade därför om grundsjukdomarna i sig påverkade resultatet.

I litteraturöversiktens resultat upplever deltagarna i allmänhet en sämre fysisk hälsa och detta upplever författarna kan påverka den psykiska hälsan negativt. Då deltagarna inte längre kunde arbeta som förut eller fick körförbud så kunde deltagarna uppleva ångest, oro, depression och sämre självförtroende. Detta kunde i sin tur leda till att deltagarna fick sämre sömn som ledde till trötthet. Deltagarna klarade då inte av dagarna utan att ta en paus och vila. Detta påverkar hälsan negativt. Deltagarna i studien upplevde olika hälsohinder i form av depression eller begräsning i den fysiska hälsan som författarna kan förknippa med den teoretiska utgångspunkten. Eriksson menar på att ohälsa leder till att människan inte känner sig hel i medvetande, kropp och sinnelag (Eriksson, 2018). Författarna upplevde att deltagarna hade behövt mer stöttning för att uppnå hälsa.

I litteraturöversiktens resultat framkommer det att flera personer upplever att de inte blir tagna på allvar och lyssnade på gällande sina behov av hjälp. Eriksson menar att det viktigaste är inte att lindra lidandet genom smärtlindring utan att också finnas till hands och möta personens önskningar. Individerna är rädd för att bli negligerad, isolerad samt bli bemött utan sympati (Eriksson, 2018). Författarna upplevde utifrån resultatet att deltagarna inte blev mötta på det sätt som de önskade. Författarna tror att livskvaliteten hade kunnat öka om sjukvården lyssnat och besvarat deras behov.

I litteraturöversiktens resultat framkommer det att personer upplever oro gällande medicinering, rehabilitering och framtiden. Utbildning och uppföljning har visat sig viktig för egenvården och för att efterlevnaden ska fungera bra och är viktig för rehabiliteringsprocessen (Johnston et al., 2016; Turan Kavradim & Canli Özer, 2020). Enligt Eriksson är vårdens mål

att lindra människors lidande. Ett vårdlidande uppstår när människans behov samt önskningar inte uppfylls då vårdpersonalens kännedom och inställning brister till personen som lider (Eriksson, 2018). Författarna reflekterade över att vården ska bidra till mer utbildning och uppföljning för att ge patienterna en bättre rehabiliteringsprocess samt att detta bör fokuseras mer på.

Författarna reflekterade över att det är viktigt med prevention angående hjärtinfarkt. Genom att berätta för patienter och samhället om livsstilsförändringar och att det är betydelsefullt att motionera regelbundet, äta hälsosamt och att avstå från alkohol och tobak så kan detta leda till att personer genomför sådana förändringar. Annars leder detta till samhällskostnader. Dels är det kostnader för sjukhusvård som oftast kräver dyrbara, högteknologiska insatser. Det är också en stor kostnad att folk inte kan fullgöra sina arbeten utan måste vara sjukskrivna eller förtidspensionerade. Författarna reflekterade också över att det är viktigt att inte bara lindra symtomen efter en hjärtinfarkt utan att också förebygga att personer får sjukdomen.

Litteraturöversiktens resultat visar att kvinnor upplever ett större behov av ett socialt liv än män. Efter hjärtinfarkten blir deltagarna mer isolerade då de inte längre har samma ork att socialisera sig. Författarna reflekterade över om livskvaliteten hade kunnat förbättras om deltagarna hade fått mer socialt stöd. I studien av Leung, Pachana, och McLaughlin (2014) visade det sig att socialt stöd var en viktig del för att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten för kvinnor som hade diagnostiserats med bröstcancer. Författarna tror därför att ökat socialt stöd även skulle gynna personer som drabbats av en hjärtinfarkt.

Resultatet i litteraturöversikten visar att personer som är äldre upplever en större fysisk begränsning och en sämre fysisk rörlighet efter hjärtinfarkten vilket påverkar livskvaliteten negativt. Detta tror författarna kan bero på att äldre generellt har svårare att återhämta sig efter en hjärtinfarkt jämfört med yngre personer. Enligt Larsson och Rundgren (2010) kan inte kroppen klara av påfrestningar på samma sätt som i ung ålder. Författarna tror därför att de som är äldre och drabbas av en hjärtinfarkt upplever hjärtinfarkten som svårare att hantera än de som är yngre.

I litteraturöversiktens resultat upplever deltagarna att de ofta är rädda för döden och att de kommer att drabbas av en hjärtinfarkt igen. Författarna tror därför att kan det vara viktigt i återhämningsprocessen att få stöd från vänner och familj. Resultatet i litteraturöversikten påvisar att deltagarna till viss del får stöd från familj så som barn och partners medan de inte får lika mycket stöd från vänner. Hjärt-Lungfonden (u.å) beskriver att närstående stödjer den sjuka praktiskt samt känslomässigt efter att personen har drabbats av en hjärt-kärlsjukdom.

När närstående stöttar personen som är sjuk så leder detta till en större sannolikhet att personen tillfrisknar, återhämtar sig samt får en förbättrad livskvalitet.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet i litteraturöversikten visade att livskvaliteten efter en hjärtinfarkt påverkades negativt på många olika sätt. Deltagarna beskrev smärta, isolering, psykisk ohälsa, fysiska begränsningar. Resultatet belyser viktiga delar och ger en ökad kunskap om personers förändrade livskvalitet efter en hjärtinfarkt som påverkar deras mående. Detta kan ge en värdefull insikt i hur vårdpersonal kan bemöta personer efter en hjärtinfarkt och bättre förstå deras mående.

Resultatet kan hjälpa personer som har upplevt en hjärtinfarkt att förstå att de inte är ensamma om deras mående och känslor. Resultatet visar att livskvaliteten blir bättre med tiden och detta kan hjälpa de förstå att det är betydelsefullt med rehabiliteringsprocessen och att acceptera sjukdomen.

Det är också betydelsefullt för närstående att få en inblick över hur personen som har varit med om en hjärtinfarkt känner. Genom att få en klarhet över hur livskvaliteten är hos personen så kan närstående anpassa sig utefter personens önsknings och behov och få reda på mer specifikt vad personen behöver hjälp och stöttning i.

Resultatet kan hjälpa till med att skapa rutiner och riktlinjer över hur vårdpersonal kan bemöta en person som har genomgått en hjärtinfarkt. Detta då det är viktigt att prata med personen om smärta, rädslor, rehabilitering, fysiska begränsningar och det psykiska måendet.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

I litteraturöversiktens resultat så framgick det att kvinnor på flera områden upplevde en sämre livskvalitet jämfört med män. Författarna anser att det borde göras mer kvalitativ forskning om varför kvinnor upplever en sämre livskvalitet än män. Detta för att se om kvinnor behöver en annan typ av vård än män för att öka livskvaliteten.

Fler kvalitativa studier bör göras inom området för att få en mer beskrivande och subjektiv syn på livskvaliteten efter en hjärtinfarkt. Detta då författarna tror att detta kan ge en djupare förståelse i hur livskvaliteten ser ut för hjärtinfarktpatienter. Eftersom hjärt-kärlsjukdomar är en av de största dödsorsakerna, inte bara i Sverige utan också i hela världen, anser författarna att mer forskning inom preventiva åtgärder bör utföras. Detta i förhoppning om att minska hjärtinfarkter och den kostnad som följer.

SLUTSATS

Syftet med detta arbete var att beskriva personers livskvalitet efter en hjärtinfarkt.

Litteraturöversiktens resultatet visade att livet efter en hjärtinfarkt är omtumlande för personen. Resultatet påvisade att livskvaliteten påverkades negativt gällande de fysiska, psykiska och sociala aspekterna men också livskvaliteten generellt. Resultatet visade också att livskvaliteten oftast förbättrades med tiden. Sjuksköterskan har en viktig roll i personernas rehabiliteringsprocess och är en viktig del i att förbättra personers välmående efter en hjärtinfarkt. Genom stöttning, information och individanpassad vård kan personerna få en bättre rehabiliteringsprocess som förhoppningsvis leder till att personerna kan återgå till vardagslivet samt arbetet igen.

REFERENSFÖRTECKNING

*artikel inkluderad i resultatet

- Agewall, S., Berglund, M., & Henareh, L. (2004). Reduced quality of life after myocardial infarction in women compared with men. *Clinical Cardiology*, 27(5), 271–274. <https://doi.org/10.1002/clc.4960270506>
- Almås, H., Stubberud, D.-G., & Gronseth, R. (2011). *Klinisk omvårdnad, del 1*. Stockholm: Liber.
- *Bahall, M., & Khan, K. (2018). Quality of life of patients with first-time ami: a descriptive study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 32–32. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0860-8>
- *Bergman, E., Malm, D., Karlsson, J-E., & Berterö, C. (2009). Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart & Lung*, 38(2), 129-140. doi:10.1016/j.hrtlng.2008.05.007
- *Brink, E., Alsén, P., Herlitz, J., Kjellgren, K., & Cliffordson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology Health and Medicine*, 17(3), 346-355. Doi:10.1080/13548506.2011.608807
- *Brink, E., Grankvist, G., Karlson, B.W., & Hallberg, R.-M. L. (2005). Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research*, (4), 749-757. doi:10.1007/s11136-004-0785-z
- *Brink, E., Karlson, BW., & Hallberg, LR. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 5-16. Doi: 10.1080/13548500120101522
- Codex. (2020). Regler och riktlinjer för forskning. Hämtad 21 oktober 2020, <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml>
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur
- Dempster, M., Donnelly, M., & O'Loughlin, C. (2004) The validity of the MacNew quality of life in heart disease questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(6). doi: 10.1186/1477-7525-2-6
- *Ecochard, R., Colin, C., Rabilloud, M., Gevigney, G., Cao, D., Ducreux, C., & Delahaye, F. (2001). Indicators of myocardial dysfunction and quality of life, one year after acute infarction. *European Journal of Heart Failure*, 3(5), 561–568. [https://doi.org/10.1016/S1388-9842\(01\)00171-4](https://doi.org/10.1016/S1388-9842(01)00171-4)
- Edberg, A.-K., & Wijk, H. (Red.). (2014). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa (2. uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska Sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet*. Stockholm: Liber.

- *Eriksson, M., Asplund, K., Hochwälder J, & Svedlund, M. (2013). Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute myocardial infarction: a quantitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 295–302. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01032.x.
- Ersta Sköndal Högskola. (u.å.). Databaser och sökguidar. Hämtad 25 november, 2020, från Ersta Sköndal Bräcke Högskola, <https://www.esh.se/bibliotek/databaser-och-sokguider.html>
- Forska Sverige. (u.å.). Värdet av forskning inom hjärt-kärlsjukdom. Hämtad 29 november, 2020 från Forska Sverige, <http://www.forskasverige.se/vardet-av-forskning/hjart-karl/>
- Friberg, F. (Ed.). (2017). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (Red.). (2014). Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Gustavsson, P., Ljungman, P. (2020). Snabb arbetsåtergång efter hjärtinfarkt möjlig för de flesta. *Läkartidningen*, volym(117), 1-3. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/kommentar/2020/09/snabb-arbetsatergang-efter-hjartinfarkt-mojlig-for-de-flesta/>
- Hjärt- Lungfonden. (u.å.). Hjärtfel kvinnor. Hämtad 18 november, 2020, från hjärt-lungfonden, <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/kvinnors-hjartfel/>
- Hjärt- Lungfonden. (u.å.). Att vara anhörig eller närstående. Hämtad 27 november, 2020, från hjärt- lungfonden, <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/att-vara-anhorig/>
- Hjärt- Lungfonden. (2019). Riskfaktorer. Hämtad 29 november, 2020, från hjärt- lungfonden, <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/>
- Hjärt- Lungfonden. (2019). Det här är hjärtinfarkt. Hämtad 30 november, 2020, från hjärt-lungfonden, <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/>
- *Huffmann, D. M., Mohanan, P. P., Devaraiian, R., Baldrige, S. A., Gondel, D., Zhao, L., ... Lloyd-Jones, M. D. (2019). Health-Related Quality of Life at 30 Days Among Indian Patients With Acute Myocardial Infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 12(2), 1-10. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.118.004980
- Huo, T., Guo, Y., Shenkman, E., & Muller, K. (2018). Assessing the reliability of the short form 12 (sf-12) health survey in adults with mental health conditions: a report from the wellness incentive and navigation (win) study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 34–34. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0858-2>
- Johnston, N., Bodegard, J., Jerström, S., Åkesson, J., Brorsson, H., Alfredsson, J., Varenhorst, C. (2016). Effects of interactive patient smartphone support app on drug adherence and lifestyle changes in myocardial infarction patients: a randomized study. *The American Heart Journal*, 178, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2016.05.005>
- Karolinska Institutet. (2020). Hitta medicinska sökord. Hämtad 21 oktober 2020, <https://mesh.kib.ki.se/>

- *Kristofferzon, M.-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* (Wiley-Blackwell), 52(2), 113-124. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03571.x.
- Kristofferzon, M.-L., Löfmark, R., Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, (16), 391-401. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2010). Geriatriska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur
- Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho - Oncology*, 23(9), 1014–1014. <https://doi.org/10.1002/pon.3523>
- *Mollon, L., & Bhattacharjee, S.(2017). Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the united states: a propensity score matched analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–10. doi: 10.1186/s12955-017-0809-3.
- Ojha, N., & Dharamoon, A. (2020). Myocardial infarction. StatPearls Publishing. Från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537076/>
- *Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787–794. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01809.x>
- Samiei Siboni, F., Alimoradi, Z., Atashi, V., Alipour, M., & Khatooni, M. (2019). Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 65–65. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_429_17
- Sanders, S. (2017). Care delays in patients with signs and symptoms of acute myocardial infarction. *Emergency Nurse*, 25(6).
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). Etikboken : Etik för vårdande yrken. Lund: Studentlitteratur.
- Smith, H. J., Taylor, R., & Mitchell, A. (2000). A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL. *Heart*, 84(4), 390-394. doi: [10.1136/heart.84.4.390](https://doi.org/10.1136/heart.84.4.390)
- Socialstyrelsen. (2015) Hjärtinfarkter 1994–2014. Hämtad 29 november, 2020 från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2015-11-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018) Statistik om hjärtinfarkter 2017. Hämtad 29 november, 2020 från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-12-42.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019) Statistik om hjärtinfarkter. Hämtad 21 november, 2020 från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/hjartinfarkter/>
- SOU 2015:56. Får vi det bättre?: Om mått på livskvalitet. Stockholm: Erlanders Sverige AB. Från: <https://www.regeringen.se/49c72e/contentassets/dbb4c911287747b3943b4f61cf2b344f/far-vi-det-battare-om-matt-pa-livskvalitet-.pf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). (SBU-rapport, nr 1). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Turan Kavradim, S., & Canli Özer, Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the roy adaptation model after myocardial infarction: randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 247–260. doi: 10.1111/scs.12793.

*Tütüncü, R., Ateş, Y., & Aydin, Y. (2011). Quality of Life 18 Months After Myocardial Infarction. *Düzce Medical Journal*, 13(1),15-20 Hämtad från databasen CINAHL Complete.

World Health Organization. (u.å.). Prevention of Recurrences of Myocardial Infarction and Stroke Study. Hämtad 10 november, 2020 från World Health Organization, https://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/secondary_prevention/country/en/index1.html

World Health Organization. (u.å.). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Hämtad 15 november, 2020 från World Health Organization, <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Ange antal valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PubMed 2020-11-02	("Quality of Life"[Mesh]) AND ("Myocardial Infarction"[Mesh]) AND Fritextsökning (Daily living)	50	English 2000-2020	7	4	3
PubMed 2020-11-02	("Quality of Life"[Mesh]) AND ("Myocardial Infarction"[Mesh]) AND Fritextsökning (Life situation)	15	English 2000-2020	6	2	2

Cinahl Complete 2020-11- 02	(MH "Quality of Life") AND (MH "Myocardial Infarction") Subject: Major Heading -Myocardial infarction -Quality of life	161	Scholarly (Peer Reviewed) Journals 2000-2020 English	15	9	6 (4 dubbletter)
PsycINFO 2020-11- 03	(DE "Quality of Life") AND (DE "Myocardial Infarction")	118	Academic journal 2000-2020 English	3	1	1 (6 dubbletter)

BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat

<p>Bahall, M och Khan, K.</p>	<p>Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study</p>	<p>År: 2018 Land: Trinidad och Tobago Tidskrift: Health and Quality of Life Outcomes</p>	<p>Syftet är att undersöka hälsorelaterad livskvalité hos patienter som fått en hjärtinfarkt för första gången.</p>	<p>Metod: Tvärsnittsstudie, Kvantitativ</p> <p>Urval: Ett urval av 534 patienter som haft en hjärtinfarkt för första gången. Personerna rekryterades från olika tidsperioder: 2-10 veckor, 5-22 månader och 22månader - 4 år efter en hjärtinfarkt.</p> <p>Datainsamling: QLMI-frågeformulär om livskvalitet efter hjärtinfarkt som är validerad.</p> <p>Analys: Beskrivande, Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis, och regressionsanalyser användes med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).</p>	<p>Studien visade en generell förbättring av livskvalitet över tid gällande fysik, emotionallitet och socialt. Lägre livskvalitet hittades hos kvinnor och de som redan hade andra tidigare sjukdomar såsom diabetes, njursjukdom och andra hjärtproblem gällande fysik och sociala livet.</p> <p>Försämrade livskvalitet förknippas till kvinnligt kön, diabetes, högt blodtryck, njursjukdomar, stress och brist på motion.</p>
-------------------------------	---	---	---	--	---

<p>Bergman, E., Malm, D., Karlsson, J-E., & Berterö, C.</p>	<p>Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms</p>	<p>År: 2009 Land: Sverige Tidskrift: Heart & Lung</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka livskvalitet innan utskrivning från sjukhuset och sedan två veckor efter utskrivning för patienter som fått hjärtinfarkt för första gången.</p>	<p>Metod: En longitudinell och förutsägande studie, kvantitativ</p> <p>Urval: 100 personer mellan åldrarna 36 och 70 år.</p> <p>Datinsamling: SF-12-formuläret</p> <p>Analys: SPSS. Logistisk regressionsanalys användes.</p>	<p>Män skattade en bättre fysisk hälsa än kvinnor. Kvinnor skattade en sämre psykisk hälsa jämfört med män. Kvinnor skattade mer stress än män. Kvinnor skattade en lägre livskvalitet än män.</p>
<p>Brink, E., Alsén, P., Herlitz, J., Kjellgren, K., & Cliffordson, C.</p>	<p>General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction</p>	<p>År: 2012 Land: Sverige Tidskrift: Psychology, Health & Medicine</p>	<p>Syftet med studien var att känna igen samband mellan trötthet, sömnproblem, självförmåga och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter som haft en hjärtinfarkt.</p>	<p>Metod: Longitudinell studie, kvantitativ</p> <p>Urval: 145 patienter</p> <p>Datinsamling: Tvåårigt uppföljningsformulär där livskvalitet mättes fyra månader samt 2 år efter en hjärtinfarkt med SF-36- formuläret.</p> <p>Analys: T-test</p>	<p>Deltagarna upplevde bröstsmärtor, andfåddhet, yrsel och ökad trötthet. Män upplevde en bättre fysisk hälsa än kvinnor kopplat till livskvalitet. De som var äldre än 65 upplevde en sämre psykisk hälsa. Trötthet påverkade livskvaliteten negativt. Kvinnor upplevde mer sömnproblem än män.</p>

<p>Brink, E., Grankvist, G., Karlson Björn W, & Hallberg, L. R.-m.</p>	<p>Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction</p>	<p>År: 2005 Land: Sverige Tidskrift: Quality of Life Research</p>	<p>Syftet var att undersöka eventuella förändringar i hälso- relaterad livskvalitet under en tidsperiod samt att förutse hälso- relaterad livskvalitet efter ett år om man utgår ifrån åtgärder som hade gjorts en vecka samt fem månader efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Metod: Kvantitativ kohortstudie</p> <p>Urval: 33 kvinnor och 65 män</p> <p>Datainsamling: Tre frågeformulär, SF-36, The Hospital Depression Scale och Somatic Health Complaints.</p> <p>Analys: Analysen skedde genom att undersöka skillnaden på män och kvinnor. Två analyser implementerades för att bedöma hälso-relaterad livskvalitet efter ett år.</p>	<p>Män upplevde en bättre fysisk hälsa än kvinnor kopplat till livskvalitet. Sämre psykisk hälsa. Kvinnors psykiska hälsa ökade över tiden. Depression minskade med tiden hos kvinnor. Isolering och ensamhet ökade. Livskvaliteten ökade med tiden.</p>
--	---	--	--	--	--

<p>Brink, E., Karlson, BW., & Hallberg, LR.</p>	<p>Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months</p>	<p>År: 2002 Land: Sverige Tidskrift: Psychology, Health & Medicine</p>	<p>Syftet var att undersöka den hälsorelaterade livskvaliteten och vilka coping strategier som patienterna använde sig av efter de upplevt sin första hjärtinfarkt. Män och kvinnor jämförs.</p>	<p>Metod: Kvantitativ</p> <p>Urval: 37 kvinnor och 77 män som hade fått hjärtinfarkt för första gången.</p> <p>Datansamling: Patienterna fick svara på frågor om befolkningsdata samt om psykiskt lidande. Medicinska uppgifter erhöles från sjukhustabeller. Patienterna fick svara på SF-36-formuläret.</p> <p>Analys: Data analyserades med SPSS samt t-test.</p>	<p>Vanliga symtom som visade sig efter tio månader efter att patienterna hade fått en hjärtinfarkt var trötthet, bröstsmärtor, andfåddhet, onormalt påfrestande att anstränga sig, utmattning samt störningar med sömnen. Kvinnor hade mer problem med sömnen än män. Livskvaliteten visade sig vara lägre angående fysiska samt psykiska hälsan fem månader efter patienterna hade fått hjärtinfarkten. Män fick högre poäng på den fysiska hälsan än kvinnorna.</p>
---	---	---	--	--	---

<p>Ecochard, R., Colin, C., Rabilloud, M., Gevigney, G., Cao Danièle, Ducreux, C., & Delahaye François.</p>	<p>Indicators of myocardial dysfunction and quality of life, one year after acute infarction</p>	<p>År: 2001 Land: Frankrike Tidskrift: European Journal of Heart Failure</p>	<p>Syftet var att söka efter ett samband mellan hjärtinfarkt och livskvaliteten upplevs 1 år efter hjärtinfarkten.</p>	<p>Metod: Kvantitativ Urval: 670 patienter som drabbats av en hjärtinfarkt Datainsamling: Nottingham Health Profile Analys: Spearman-korrelation användes för univariata analyser. En logistisk regression identifierade oberoende prediktorer för nedsatt livskvalité.</p>	<p>Patienter som upplevde sämre livskvalitet tyckte att energin försämrades, de upplevde dålig sömn, sämre fysisk rörlighet, de upplevde smärta. De upplevde också nya känslomässiga reaktioner och upplevde social isolering.</p>
<p>Eriksson, M., Asplund, K., Hochwälder J, & Svedlund, M</p>	<p>Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute myocardial infarction: a quantitative longitudinal study.</p>	<p>År: 2013 Land: Sverige Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>Syftet var att jämföra personers upplevelser av hopp och hälsorelaterad livskvalitet 1, 7, 13 och 25 månader efter hjärtinfarkt med avseende på skillnader över tid, och skillnader mellan patienter och deras partners.</p>	<p>Metod: En icke-randomiserade studie, Kvantitativ Urval: 13 patienter efter AMI och deras partners Datainsamling: SF-36 och Herth Hope Index (svenska) frågeformulär fylldes i av deltagarna Analys: Data analyserades med SPSS</p>	<p>I allmänhet ökade hopp och hälsorelaterad livskvaliteten över tid. Det skedde en förändringar i både mental och fysisk hälsa över tid.</p>

<p>Huffmann, D. M., Mohanan, P. P., Devaraian, R., Baldrige, S. A., Gondel, D., Zhao, L., ... Lloyd-Jones, M. D.</p>	<p>Health-Related Quality of Life at 30 Days Among Indian Patients With Acute Myocardial Infarction</p>	<p>År: 2019 Land: Indien Tidskrift: Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka den hälsorelaterade livskvaliteten hos indiska patienter 30 dagar efter en upplevd hjärtinfarkt</p>	<p>Metod: Kvantitativ Urval: 1261 personer i Acute Coronary Syndrome Quality Improvement i Kerala. Datansamling: Seattle Angina frågeformuläret (SAQ) Analys: Resultaten jämförde kön, vad för slags hjärtinfarkt patienterna hade fått och slumpmässig status genom att använda regressionsmodeller för kluster och tidsbestämda trender.</p>	<p>Äldre patienter som deltog i studien hade större fysiska begränsningar, uppskattade inte behandlingen de fick samt upplevde en lägre livskvalitet. Kvinnor hade fler fysiska begränsningar jämfört med män. Totalt sett uppskattade patienterna behandlingen de mottog. Dock var livskvaliteten lägre sammanlagt.</p>
--	---	---	---	--	--

<p>Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M</p>	<p>Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction</p>	<p>År: 2005 Land: Sverige Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Studiens syfte är att beskriva könsskillnader i upplevd hantering, socialt stöd och livskvalitet 1, 4 och 12 månader efter hjärtinfark.</p>	<p>Metod: En longitudinell, Kvantitativ kohortstudie</p> <p>Urval: 60 kvinnor och 88 män</p> <p>Datansamling: Data samlades in med hjälp av Jalowiec Coping Scale, en social supportfråga, SF-36 Health Survey (hälsorelaterad livskvalitet) och livskvalitet Index-hjärtversion (livskvalitet).</p> <p>Analys: En beskrivande och jämförande design användes för studien samt T-test.</p>	<p>Inga signifikanta förändringar sågs över tid i hanteringsbedömningen i studiegruppen, förutom fatalistisk hantering, som minskade över tiden hos män. Kvinnor använde mer undvikande hantering än män vid 4 och 12 månader. Den upplevda effektiviteten i att hantera fysiska aspekter av hjärtsjukdomen ökade. Fler kvinnor än män upplevde ökat stöd från barnbarn och personal i kyrkan. Hälsorelaterad livskvalitet ökade hos kvinnor och män med fysisk funktion, vitalitet och social funktion. Dessutom var en förbättring av den mentala hälsoskalan tydlig hos kvinnor och minskning av smärta hos män. Inga statistiska signifikanta könsskillnader hittades för livskvaliteten vid någon tidpunkt</p>
---	---	---	--	--	---

<p>Mollon, L and Bhattacharjee, S</p>	<p>Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the united states: a propensity score matched analysis</p>	<p>År: 2017 Land:USA Tidskrift: Health and Quality of Life Outcomes</p>	<p>Syftet med denna befolkningsbaserade studie var att identifiera skillnader i hälsorelaterad kvalitet av livsdomäner mellan MI-överlevande och benägenhetsmatchade kontroller.</p>	<p>Metod: Kvantitativ Retrospektiv, tvärsnittsmatchad fallkontrollstudie</p> <p>Urval: Totalt 16 729 personer som upplevt en hjärtinfarkt deltog i studien.</p> <p>Datansamlingen: Gjordes från 2015 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) undersökning.</p> <p>Analys: En multivariat analys där olika livskvalitets domäner uppskattades</p>	<p>Resultatet visade att överlevarna upplevde begränsningar av dagliga aktiviteter. De upplevde sämre allmän hälsa, både fysisk och psykisk.</p>
---------------------------------------	---	--	--	---	--

<p>Roebuck A, Furze G, Thompson D-R</p>	<p>Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study</p>	<p>År: 2001 Land: England Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka och få en inblick i effekterna av hur en hjärtinfarkt påverkar livskvalitet</p>	<p>Metod: En kvalitativ studie</p> <p>Urval: 31 patienter rekryterades från ett distriktssjukhus i England.</p> <p>Datansamling: Personerna intervjuades i sitt hem där man spelade in och sedan transkriberade. Intervjuerna var semistrukturerade.</p> <p>Analys: Transkriptioner utsattes för latent och manifest innehållsanalys.</p>	<p>Utifrån intervjuerna kunde man identifiera sju huvudkategorier som påverkade livskvaliteten. Dessa var fysisk aktivitet/symtom, osäkerhet, känslomässiga reaktioner (till exempel ökad irritation och depression), Oro över medicinering samt biverkningar, en känsla av att inte ha en frihet att göra vad de vill då deras närstående är rädda att om de gör för mycket ska de få en ny hjärtinfarkt, stora livsstilsförändringar, biverkningar skapade av hjärtinfarkten.</p>
---	---	---	---	---	---

Tütüncü, R., Ateş, Y., & Aydin, Y.	Quality of Life 18 Months After Myocardial Infarction	År: 2011 Land: Turkiet Tidskrift: Düzce Medical Journal	Syftet var att igenkänna vilka patienter som riskerar att uppleva en sämre hälsorelaterad livskvalitet efter en hjärtinfarkt	Metod: En kvantitativ studie Urval: 49 patienter deltog i studien Datainsamling: Data erhöles från SF-36-formuläret samt från patienters journaler. Analys: T-test, chi-kvadrat-test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis och Spearmans korrelationsanalyser.	Kvinnliga personer och personer som hade grundsjukdomar fick lägre poäng på formuläret som betydde att de upplevde en sämre livskvalitet. Personer som var äldre upplevde i allmänhet en lägre livskvalitet efter en upplevd hjärtinfarkt.
------------------------------------	---	--	--	--	--