

Tiden efter hjärtinfarkt:

Depression, ångest och upplevelser.

Amini Abed

Larsson Ida

Vetenskapligt arbete, C-opsats

Huvudområde: Omvårdnad

Högskolepoäng: 15 hp

Termin/år: T6

Handledare: Lili-Ann Wallvik

Examinator: Annika Karlström

Kurskod/registreringsnummer: OM019G

Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet

Abstrakt

Bakgrund: Patienter som insjuknat i hjärtinfarkt har genomgått en livsomvandlande händelse och de som överlever har ofta mycket att bearbeta och kan drabbas av ångest och depression.

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa tiden efter hjärtinfarkt med fokus på depression, ångest och patientupplevelser.

Metod: En litteraturöversikt gjordes med databaserna CINAHL och PubMed som användes för att hitta studier vars data kunde svara mot syftet.

Resultat: Depression och ångest var vanligt förekommande. En minskad nivå av både depression och ångest sågs ett år efter hjärtinfarkt. Många patienter upplevde en konstant rädsla för att få en ny hjärtinfarkt och kämpade med livsförändringar och bristande information från sjukvården beskrevs av patienter som bidragande.

Diskussion: Forskning behövs inom området för att se om det finns skillnader i män och kvinnors upplevelser och skillnader i upplevelsen av en förstagångs infarkt eller andragångs infarkt.

Slutsats: Ångest är vanligt i samband med hjärtinfarkt. Depression förekom vanligtvis mer efter några månader. Depression och ångest ökar risken för återinsjuknande och komplikationer. Ett ökat behov av information och stöd finns hos patienter efter hjärtinfarkt. Sjuksköterskans roll att jobba med patienterna är viktig för att minska förekomst av ångest, depression och negativa upplevelser.

Nyckelord: depression, hjärtinfarkt, litteraturöversikt, upplevelser, ångest



Innehållsförteckning	
Introduktion	1
Bakgrund	1
Hjärtinfarkt	1
<i>Prevalens</i>	1
<i>Patofysiologi</i>	1
<i>Eftervården</i>	2
Ångest	3
Depression	4
Teoretisk anknytning	4
KASAM - känslan av sammanhang	5
Problemformulering	5
Syftet	6
Metod	6
Design	6
Urval, relevansbedömning och granskning	8
Analysmetod	9
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Kvantitativa studier	10
Depression och ångest innan och inom den närmsta månaden efter utskrivning från sjukhuset	10
Depression och ångest tre till sex månader efter hjärtinfarkt	11
Depression och ångest vid 12 mån och över, efter hjärtinfarkt	12
Kvalitativa studier	12
Fysisk förändring, psykologisk påverkan och förändrade relationer och roller	13
Kroppen	13
Relationer och roller	13
Rädsla begränsade livet	14
Upplevelsen av sjukvården	15
Att försonas med vad som hänt och få en andra chans	16
Metoddiskussion	17



Resultatdiskussion	19
Egenkritik och felkällor	21
Slutsats	22
Referenser	23
Bilaga 1	
Tabell över inkluderade artiklar.....	
Bilaga 2	
Exempel på analysdokument vid resultatsammanställning.....	
Kvantitativa	
Kvalitativa	

Introduktion

Patienter som insjuknat i hjärtinfarkt har genomgått en livsomvälvande händelse och de som överlever har ofta mycket att bearbeta. Vägen tillbaka till vardagen kan vara lång och svår. Efter hjärtinfarkten beräknas de flesta återhämtat sig mentalt inom ett par månader men tidigare forskning har visat på att depression och ångest efter hjärtinfarkt kan existera under en längre tid. Hur vanligt förekommande är då tillstånden depression och ångest, och vad upplever patienter tiden efter en hjärtinfarkt? Det är av intresse att besvara dessa frågor för att uppmärksamma sjuksköterskan att verka för ett adekvat omvårdnadsstöd med information och utbildning till patienterna.

Bakgrund

Hjärtinfarkt

Prevalens

World Health Organisation [WHO] rapporterade 2016 att hjärt- och kärlsjukdomar var den vanligaste globala dödsorsaken. 2012 berodde 7,4 miljoner dödsfall på kranskärlssjukdom (WHO, 2016) och enbart i Sverige insjuknade 27 500 personer i akut hjärtinfarkt 2014. Men det påvisades också att mortaliteten på grund av hjärtinfarkt, minskat till hälften i Sverige, under de senaste 25 åren (Socialstyrelsen, 2015). Hos överlevare upplevs ofta en kraftigt sänkt livskvalité på grund av många psykologiska reaktioner däribland en överdrivet stark sjukdomskänsla, förnekande av sjukdomen och ett fatalistiskt beteende enligt Ericson och Ericson (2012, s. 116). En meta-analys med 25 års forskning med start 1975, undersökte 29 tidigare studier. Analysen visade på en ökning av rapporterad depression och ångest efter hjärtinfarkt under 1980 talet. Den visade också en ökad risk för dödlig utgång vid ett nytt kardiovaskulärt återinsjuknande hos personer med depression (Meijer et al., 2011).

Patofysiologi

Definitionen av akut hjärtinfarkt är universell och uppdaterades 2012. I ett konsensusdokument där forskare från en stor del av världen medverkade, definieras termen akut hjärtinfarkt som användbar då det finns bevis för nekros i hjärtmuskulaturen, som orsakats av ischemi (syrebrist). Ischemin beror vanligen på en tilltäppning i hjärtats kranskärl som förser hjärtats muskulatur med blod. Det överlägset mest framträdande

symptomet vid akut hjärtinfarkt är bröstsmärta (Thygesen et al., 2012). I en studie gjord med 2278 stycken deltagare i Tyskland visade resultatet att 94 % hade upplevt bröstsmärta vid insjuknandet. Andra vanliga symtom som rapporterades var smärta i vänster skuldra/axel och arm samt andfåddhet (Kirchberger, Heier, Kuch, Wende & Meisinger, 2011). Det finns många bidragande faktorer till att en person får en hjärtinfarkt och Sundström (2010, s. 29) skriver att några främst är ålder, rökning, manligt kön, högt blodtryck, höga blodfetter och diabetes. The INHEART study är en fall-kontroll studie gjord i 52 länder där 15 152 fall och 14 820 kontroller studerades av Yusuf et al. (2004). Resultatet visade på att faktorer såsom bukfetma, psykosociala faktorer, låg konsumtion av frukt och grönsaker, hög konsumtion av alkohol och fysisk inaktivitet också är bidragande till en ökad risk för hjärtinfarkt (Yusuf et al., 2004).

Eftervården

Efter en hjärtinfarkt vårdas personer vanligen tre till fem dagar på sjukhus innan de får återvända hem. Därefter väntar en sjukskrivning på några veckor. Längden beror på flera faktorer såsom hur stor hjärtinfarkten var och om det finns andra sjukdomar med i bilden. Vissa kan också få mer komplikationer än andra efter en hjärtinfarkt. Rehabiliteringen blir sedan en stor del i det liv som följer efter en hjärtinfarkt och regelbundna hälsokontroller ingår. Rehabiliteringen syftar till att personer så snabbt som möjligt ska återvända till sitt vanliga liv och få hjälp med att göra de livsförändringar som ofta behövs för att minska risken för en ny hjärtinfarkt (1177 Vårdguiden, 2015). Deltagarna i en kvalitativ studie, gjord i Danmark av Jensen och Petersson (2003) nämner dock tiden efter utskrivning från sjukhuset som den värsta perioden de upplevt för att det är då det behövdes mest hjälp och stöd. Deltagarna beskrev vidare att de plågades av skuld känslor och dålig samvete på grund av deras tidigare livsstil (Jensen & Petersson, 2003).

Sjuksköterskans roll i omvårdnaden är att bland annat fungera som ett stöd under tiden efter hjärtinfarkt och vägledare i de livsförändringar patienten upplever. Med information om egenvård, erbjudandet av olika former av stöd till exempel kuratorskontakt, stödgrupper samt uppföljande omvårdnadsarbete. Detta arbete är mycket bidragande till att minska förekomsten av ångest, depression och upplevelser av negativ karaktär såsom rädsla. I den

etiska koden för sjuksköterskor nämns de fyra ansvarsområdena: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande (Finnström, 2010, s. 65).

En traumatisk kris

En hjärtinfarkt är en traumatisk händelse för många och påverkar välbefinnandet en lång tid efter den akuta fasen. Vid en hjärtinfarkt genomgår den drabbade en traumatisk kris.

Infarkten blir ett hot mot personens existens (Bennetti & Connell, 1999). Psykiatrikern Johan Cullberg (2000, s. 140-154) beskriver de fyra faserna av en kris, som en person går igenom när det händer en oväntad livshändelse, som exempelvis en hjärtinfarkt. Cullberg skriver att chockfasen ofta innebär en stor kraftansträngning för att stänga ute verkligheten. Ilska eller panik är vanligt och intaget av information minimalt. Detta övergår senare till reaktionsfasen, efter några timmar eller dagar. Denna fas medför ofta starka känslor och reaktioner som exempelvis förnekelse av vad som hänt. Depression och ångest är tillstånd som vanligen visar sig i denna fas. Normalt tar det några veckor till några månader innan reparationsfasen börjar och kan föra vidare personen till nyorienteringsfasen där händelsen inte längre påverka personens kontakt med verkligheten. Cullberg skriver vidare att den stora faran är att personen kör fast i en av krisfaserna och inte tar sig vidare (Cullberg, 2000, s. 140-154). Antonovsky (2005, s. 28-38) skriver att för att kunna förstå individers upplevelser av att hamna i en sådan situation måste människan bemötas utifrån ett salutogenetiskt synsätt, där hälsan och ohälsan ses som sammanhängande och påverkas av varandra. Det handlar om att individen ska bemötas där denne befinner sig just då och att försöka skapa en tillvaro som är begriplig, hanterbar och meningsfull. Det salutogenetiska synsättet får oss även att tänka på hälsofrämjande faktorer som leder rörelsen mot den friska polen, där fokus ligger på att främja faktorer som ökar hälsan för individen (Antonovsky, 2005, s. 28-38).

Ångest

Moser (2007) beskriver i sin artikel angående ångestens påverkan på hjärtsjuka patienter. Känslor av ångest upplevs av nästan alla människor någon gång under livet. Ofta är känslorna övergående och hanterbara men för vissa kan ångesten vara så påtaglig att den påverkar ens vardagliga liv. Ångest definieras som en negativ känsla, ett svar på ett upplevt hot mot individen. Hotet kan vara verkligt och komma både inifrån och utifrån men det kan också vara ett påhittat hot, där individens fantasi blivit för verklig. En upplevd känsla av

oförmåga att kontrollera utgången vid händelse av att individen ställs mot ett hot (Moser (2007).

Depression

Depression definieras av WHO (2016) som en avancerad reaktion på sociala, biologiska och psykiska faktorer vilket sedan kan utvecklas till ett mycket oroande hälsotillstånd. Störd sömn eller aptit, sorg, förlust av glädje och ointresse för omgivningen, skuld känslor, låg självkänsla, känslor av trötthet och dålig koncentration är karaktäristiska symtom för depression. WHO beskriver vidare att depression kan vara återkommande eller långvarig och försämra individens förmåga att fungera på jobbet, skolan eller klara av det dagliga livet och kan om tillståndet försämras, leda till självmord. Det är viktigt att tillståndet upptäcks i god tid för att behandlingen ska bli effektiv (WHO, 2016). Steptoe och Whitehead (2005) gjorde en litteraturöversikt som bland annat visade att under första året av återhämtning från en genomgången hjärtinfarkt verkade deprimerade patienter uppleva mer sociala problem, försämrad livskvalitet, vara mindre benägna att få behandling och var långsammare att återgå till arbetet än de utan depression. Deprimerade patienter har också visat sig löpa större risk för framtida hjärt- komplikationer och "tillstånd" med dödlig utgång (Steptoe & Whitehead, 2005).

Teoretisk anknytning

Enligt Antonovsky (2005, s. 28-38) bör vårdgivare inte ha ett patogent synsätt som delar in människor i två grupper, där människor antingen är friska eller sjuka. Istället ska man fokusera på att se hälsa och ohälsa som två poler som är sammanhängande. Antonovsky beskriver vidare att vi alla är friska så länge det finns det minsta liv i oss. Känslan av hälsa kan finnas trots sjukdom. Antonovsky menar att fokus ska ligga på att undersöka och bemöta personen där den befinner sig just vid det tillfället och utifrån individen försöka skapa en tillvaro som är begriplig, hanterbar och meningsfull. Att inte kunna se och förstå människans sjukdomsupplevelse är inte bara inhumant, utan kan också få en att misslyckas med att förstå orsaken till dennes hälsotillstånd. Den som bara har ett patogenetiskt synsätt är bara specialist på en speciell sjukdom, men kan enligt Antonovsky glömma bort att lära sig något om hälsa och ohälsa. Det salutogenetiska synsättet får oss istället att tänka på

hälsofrämjande faktorer som leder rörelsen mot den friska polen. Fokus är mer på faktorer som leder till ökad hälsa (Antonovsky, 2005, s. 28-38).

KASAM - känslan av sammanhang

Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang (Antonovsky, 2005, s. 46).

De tre centrala komponenterna som ingår i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Individer som har hög KASAM har höga värden på dessa komponenter.

Begriplighet handlar om upplevelsen av inre och yttre stimuli. Att människa förväntar sig att situationerna som hon bemöter i framtiden är förutsägbara eller är begripliga och går att förklara om de kommer som en överraskning. **Hanterbarhet** handlar om att människan har de resurser som krävs för att hantera en livshändelse som plötsligt dyker upp.

Meningsfullhet handlar om att livet ska kännas viktigt och att känna att utmaningarna i livet är värda känslomässiga investeringar och engagemang. Graden av KASAM är mätbar och höga värden indikerar att individen har en god förmåga att hantera olika typ av utmaningar, som i sin tur leder till en bättre hälsa. Det är samspelet mellan alla tre komponenter som gör att KASAM skapas (Antonovsky, 2005, s. 43-49).

Problemformulering

Att få en hjärtinfarkt påverkar mer än bara hjärtats muskulatur och funktion. Det ger också en psykisk påverkan hos patienten långt efter att den akuta faran är över. Det är av stort värde att undersöka förekomsten av depression och ångest efter hjärtinfarkt, då tidigare forskning visar på en ökad risk för återfall om patienten har en depression eller har ångest känslor, samt att få en förståelse för vad patienter upplever tiden efter en hjärtinfarkt för att kunna uppfylla de fyra ansvarsområdena som sjuksköterska. Resultatet av denna studie kan leda till en ökad medvetenhet och förståelse från sjuksköterskor av patienters upplevelser,

samt förekomsten av depression och ångest efter hjärtinfarkt. Kunskapen kan användas i klinisk praxis för att förbättra eftervården av patienter, i form av utbildning och stöd från sjuksköterskor under tiden efter hjärtinfarkt.

Syftet

Syftet med arbetet var att belysa tiden efter hjärtinfarkt, med fokus på depression, ångest och patientupplevelser. Syftet förtydligades med följande frågeställningar: *Hur vanligt förekommande är depression och ångest efter hjärtinfarkt?* och *Vad upplever patienter tiden efter hjärtinfarkt?*

Metod

Design

Enligt Friberg (2012, s. 133-135) innebär en litteraturöversikt att samla och skapa överblickande kunskap om ett problem inom exempelvis sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde eller inom ett visst omvårdnadsrelaterade område. Det handlar om att få kännedom om existerande forskning för att skapa sig en uppfattning om vad som redan har studerats, vilka teoretiska utgångspunkter eller vilka teoretiska metoder har använts. För att genomföra en litteraturöversikt måste det finnas en problemformulering. Denna är lika viktigt inför en empirisk studie som inför en litteraturöversikt (Friberg, 2012, s. 133-135). För att få fram ett resultat som gav god överblick samt var beskrivande så har både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderats. Därmed gjordes en integrerad systematisk litteraturöversikt.

Inklusions/exklusionskriterier

Valda inklusions- och exklusionskriterier var följande: Vetenskapliga originalartiklar som var etiskt godkända och peer-reviewed enligt Ulrichs Web och därmed granskade av tidskriftsexperter. Studierna skulle vara skrivna på svenska eller engelska. Deltagare skulle vara över 18 år och gett informerats samtycke till att delta i studien. Studierna skulle vara gjorda efter genomgången hjärtinfarkt och syfta till att belysa förekomst av och upplevelsen av depression och ångest efter hjärtinfarkt alternativt patienters upplevelser efter hjärtinfarkt. Studier med deltagare med en kognitivt nedsatt förmåga och deltagare som

diagnostiserats med depression eller ångest före hjärtinfarkt exkluderades tillsammans med review artiklar och artiklar publicerade före 2000.

Litteratursökning

Nedan följer de sökord som använts i litteratursökningen. De olika kombinationerna av sökord visas i tabellen. Med orden *after*, *following* och *post* syftas till tiden efter det akuta skedet vid insjuknande i hjärtinfarkt och användes för att ringa in resultatet.

MeSH termer: myocardial infarction, depression, anxiety

CINAHL headings: myocardial infarction, life-experiences, depression, anxiety

Fria ord: after, following, post,

Tabell 1 visar vilket datum sökningen gjordes och i vilken databas. Därefter följer en numrering av sökningen. Sökorden presenteras i nästa kolumn tillsammans med förklaringar om de är en MeSH term (PubMed), Major heading (CINAHL) eller ett fritt ord. Därefter visas avgränsningar innan antalet träffar redovisas. Följande kolumner syftar till att redovisa antalet artiklar som kvarstod efter läsning av titel, abstrakt, hela artikeln och jämfört mot inklusions- och exklusionskriterier samt vilka som inkluderades efter relevansbedömning och kvalitetsgranskning.

Tabell 1. Översikt av litteratursökningar

Datum/ databas	Nr	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Valda efter läst titel	Valda efter läst abstrakt	Valda efter läst artikel och inklusion/ exklusions kriterier	Inkluderade efter relevans- bedömning och kvalitets- granskning
170209 PubMed	1	(myocardial infarction[MeSH Terms]) AND depression[MeSH Terms]	2000-2017	777*				
170209 PubMed	2	(myocardial infarction[MeSH Terms]) AND anxiety[MeSH Terms]	2000-2017	195	78	23	8	4



170214 PubMed	3	((myocardial infarction[MeSH Terms]) AND depression[MeSH Terms]) AND anxiety[MeSH Terms]	2000-2017	111	4	2	1	0
170215 PubMed	4	(myocardial infarction[MeSH Major Topic]) AND depression[MeSH Major Topic]	2000-2017 full text abstract human	343	30	9	0	0
170209 CINAHL	1C	(MH "Myocardial Infarction") AND (MH "Depression")	2000-2017 peer-review	344*				
170209 CINAHL	2C	1C AND after OR following OR post (fria ord)	2000-2017 peer-review	190	72	36	15	6
170214 CINAHL	3C	("Myocardial Infarction") AND (MH "Anxiety")	2000-2017 peer-review	125	30	8	1	1
170215 CINAHL	4C	(MH "Life Experiences") AND (MH "Myocardial Infarction")	2000-2017 peer-review	37	6	5	4	4

*Antalet träffar bedömdes för stort och därför gjordes ej vidare urvalssteg.

Urval, relevansbedömning och granskning

Funna artiklar genomgick en urvalsprocess där de sorterades ut i omgångar: titel och abstrakt lästes först för att grovt sälla ut icke relevanta artiklar. Därefter studerades artiklarna utifrån inklusion- och exklusionskriterier för ytterligare relevansbedömning innan de fortfarande relevanta artiklarna lästes till fullo jämförbart med Friberg (2012, s. 137-138). Artiklarna bedömdes som relevanta om de svarade mot syftet i denna litteraturstudie och uppfyllde inklusion- och exklusionskriterierna. Om dubblett artiklar påträffades i en senare sökning så togs dessa inte med i urvalsstegen för den nya sökningen. Artiklar som valdes till resultatet sammanställdes i ett dokument (*Bilaga 1*).

Granskningen av artiklarna gjordes med hjälp av Carlsson och Eimans (2003) framtagna bedömningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier. Bedömningsmallarna hade ett poängsystem från 0-3 utifrån olika svarsalternativ. Artiklarna bedöms utifrån abstrakt,

introduktion, syfte samt flera bedömningsparametrar inom metod, resultat, diskussion och slutsats (Carlsson & Eiman, 2003). För aktuella bedömningar, gjordes valet att ta bort bedömningspunkten "*patienter med lungcancerdiagnos*" inom metod avsnittet, då detta inte var relevant mot våra studier. Totalpoängen ändrades därför till 45 p (kvalitativa) och 44 p (kvantitativa). För att bedömas som hög kvalitet behövdes därmed en poäng på 36 p (kvalitativa) och 35,2 p (kvantitativa) vilket motsvarade 80 % av totalpoängen. För bedömning av artikeln med mixad metod kombinerades punkter från kvantitativ och kvalitativ med varandra. Bedömningspunkterna: *triangulering, kvalitet på analysmetod* och *tolkning av resultatet (citat, kod, teori, etc.)*, som saknades i den kvantitativa bedömningsmallen lades till ifrån den kvalitativa bedömningsmallen.

Analysmetod

De valda studierna lästes igenom flera gånger för att förstå helheten och sammanhanget. Det gjordes en översiktstabell (*Bilaga 1*) där detaljer om valda studier fylldes i för att lättare kunna hitta bland artiklarna. Studiernas resultat lästes igen och sammanfattades mer noggrant var för sig i ett separat dokument (för exempel, se *bilaga 2*), för att säkerställa att allt väsentligt hade uppfattats och dokumenterats. Mixad metod, kvantitativa och kvalitativa studier delades in utifrån studiedesign i olika avsnitt i dokumentet. Dokumentet skrevs ut i 6 kopior och resultat sammanfattningarna klipptes isär för att få en bättre överblick. I likhet med Friberg (2012, s. 140-141) söktes i nästa steg likheter och skillnader. Därefter delades data i olika teman för att underlätta sammanställningen av resultatet (jfr. Friberg, 2012, s. 140-141). De isärklippta sammanfattningarna lades i högar utifrån nedan angivna teman. Utifrån Friberg (2012, s. 140-141), sorterades kvantitativ data efter mättider och delades in i olika teman utifrån deras mättider efter hjärtinfarkt. Studien med mixad metod ingår både i den kvalitativa och kvantitativa gruppen med data. Kvalitativ data analyserades genom mer djupgående analys av texterna och dess betydelse och utifrån likheter och skillnader delades data in i teman (jfr. Friberg, 2012, s. 140-141) för att förtydliga för läsaren dess innehåll

Etiska överväganden

Etiska överväganden har gjorts utifrån Forsberg och Wengström (2016, s. 59-60) kriterier gällande urval av artiklar till litteraturstudie. Studierna som valdes till detta arbete var antingen godkända från en etisk kommitté eller där deltagarna informerades angående

forskningens syfte, godkände sitt deltagande genom att lämna in samtycke till forskarna, krav på konfidentialitet uppfylldes genom att ingen deltagares uppgifter läcktes ut och att insamlade uppgifter om enskilda personer användes endast till forskningsändamål.

Resultat

Totalt har 15 artiklar använts i resultatet, sju kvantitativa, sju kvalitativa och en mixad metod. Resultaten från de kvantitativa studierna presenteras först och de kvalitativa studierna presenteras sedan. Studien med mixad metod presenteras i båda delarna. Studierna presenteras separat för att detta underlättar för läsaren och för att de olika metoderna svarar till var sin frågeställning. Angiven medelålder på deltagarna i alla studier varierade mellan 59,94 år och 62 år.

Kvantitativa studier

De kvantitativa studierna är gjorda i Norge, Holland, Australien, Usa, England, Sydkorea, Japan, Tjeckien, Kanada och Sverige. Majoritet av deltagarna bland dessa studier var män. Mätinstrumentet Beck Depression Inventory (BDI) var mest frekvent använt för att mäta depression och motsvarande instrument för ångest var State- Trait Anxiety Inventory (STAI). Till både depression och ångest användes Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) mest frekvent. Resultatet redovisas under tre teman: Depression och ångest innan och inom den närmsta månaden efter utskrivning från sjukhuset, Depression och ångest vid tre till sex månader efter hjärtinfarkt och Depression och ångest vid 1 år och över, efter hjärtinfarkt.

Depression och ångest innan och inom den närmsta månaden efter utskrivning från sjukhus

De Jong et al. (2004) jämförde ångestnivåer hos deltagare från Australien, USA, England, Sydkorea och Japan. Resultatet visade att patienter i alla länder upplevde höga ångestnivåer 72 timmar efter insjuknandet, med en total medelpoäng på 0.62 jämfört med en medelpoäng av 0.35 hos friska individer. England rapporterade lägst nivåer med en medelpoäng på 0,47 medan USA toppade listan med 0,69. Trots detta sågs ingen signifikant skillnad mellan länderna efter kontroll och justering av sociodemografiska data. An et al. (2004) gjorde en

studie i USA med flera mätningar inom 72 timmar, för att se hur många som upplevde ångest under den akuta delen av hjärtinfarkt och den närmaste tiden efter. De ville också se om skillnader fanns mellan könen och därför separerades kvinnor och män. De högsta nivåerna av ångest uppmättes hos båda könen inom de första 12 timmarna, där totalt 44,63 % upplevde ångest. Hos männen sjönk sedan siffrorna ganska jämt, dock med en mindre stegring vid 24,1-36 timmar, och landade på 32,36 % vid 60,1-72 timmar. Hos kvinnorna sågs också initialt en minskning av ångest de första mätningarna och därefter en stegring men här vid 36,1-48 timmar. Dessutom ökade sedan förekomsten av ångest markant hos kvinnorna vid sista mätningen, till 49 %. De olika värdena hos män och kvinnor bedömdes som signifikanta med ett p-värde på <0.001. Lauzon et al. (2003) studie i Kanada visade att 35 % uppmätte depression efter utskrivning från sjukhus. 70 % av de som hade depression efter utskrivning hade det även vid en månad. Vid en månad var det totalt 39 % som uppmätte depression. Joubert, Holland, Matrurano och McNell (2013), påträffade också höga siffror i Australien. 41 % av deltagarna uppmätte svår depression och 34 % en mildare grad av depression vid baslinjen. I Norge sågs lägre siffror, i en studie av Hanssen, Nordrehaug, Eide, Bjelland och Rokne (2009). Här visade resultatet att 13,6 % av deltagarna hade depression efter utskrivning. Samma resultat visade att 19,7 % hade ångest efter utskrivning från sjukhuset. 2016 gjordes en studie i Tjeckien av Kala et al. (2016). 21 % av deltagarna hade här depression vid 24 timmar efter utskrivning. Denna siffra minskade sedan till nästa mätning, gjord tre till fem dagar efter utskrivning, då bara 9,2 % hade depression. 8,9 % hade ångest 24 timmar efter utskrivningen, men ingen hade ångest efter tre till fem dagar.

Depression och ångest tre till sex månader efter hjärtinfarkt

Svår depression var det ingen som hade efter tre till sex månader i den australiska studien, men 34 % ansågs ha en mild depression (Joubert et al., 2013). Kala et al. (2016) i Tjeckien registrerade däremot en ökning av depression vid tre till sex månader efter hjärtinfarkt och visade på att vid tre månader hade 10,4% depression och 4,5 % ångest. Vid sex månader var motsvarande siffror 15,4 % och 10,8 %. Den norska studien visade på högre siffror vid tre och sex månader än Kala et al. (2016). 13,4 % hade här depression vid tre månader och hela 16,1 % upplevde ångest. Vid sex månader hade både depression och ångest nivåer stigit till 14,7 % respektive 16,5 % (Hanssen et al., 2009). I Kanada visade hela 39 % av deltagarna en

förekomst av depression vid sex månader efter hjärtinfarkt (Lauzon et al., 2003). Johansson, Karlson, Granqvist och Brink (2010), tittade på förekomsten av ångest och depression fyra månader efter hjärtinfarkt och deras resultat visade att en fjärdedel av 204 deltagare visade möjlig eller sannolik ångest och en femtedel av deltagarna, möjlig eller sannolik depression.

Depression och ångest vid 12 mån och över, efter hjärtinfarkt

I Tjeckien, hade endast 6,2 % hade ångest vid 12 månader jämfört med mätningen vid sex månader där 10,8 % av deltagarna hade ångest (Kala et al., 2016). Hanssen et al. (2009) resultat visade liknande mönster, med 16,5 % vid sex månader som sedan minskade till 14,1 % vid 12 månader. Siffror för depressionen visar samma trend där den minskar 12 mån efter hjärtinfarkt. 13,8 % av deltagarna hade depression vid ett år jämfört med mätningen vid sex månader efter hjärtinfarkt där 15,4 % hade depression (Kala et al., 2016). Studien som gjordes i Kanada visar samma mönster där depressionen minskar bland deltagarna från 39 % vid sex månader till 30 % efter 12 månader (Lauzon et al., 2003). Mönstret av minskade siffror bekräftas av Hanssen et al. (2009) där deltagare som var depressiva minskade från 14,7 %, 6 månader efter hjärtinfarkt, till 10,2 % vid 12 månader. Denna studie visade också att vid 18 månader efter hjärtinfarkten hade antalet med ångest ökat igen till 16,8 % och antalet deprimerade ökat till 13,7 % vid 18 månader efter hjärtinfarkt.

I USA gjordes även mätningar på förekomsten av depression och ångest 3,7- 4,7 år efter hjärtinfarkt. Studien med 153 kvinnor och 5 män gav ett resultat som visade att 16 % hade minst måttlig ångest och 8 % minst måttlig depression. Nivåerna av ångest var högre hos de som indikerade att hjärtinfarkten på ett negativt sätt hade påverkat deras livskvalitet och stressnivå. 33 % rapporterade att de hade fått farmakologisk eller beteendebehandling för depression och 37 % för ångest efter deras hjärtinfarkt. Unga deltagare visade sig ha svår ångest och vara mer villiga att få behandling för både depression och ångest (Liang, Tweet, Hayes & Gulati, 2014).

Kvalitativa studier

Av de kvalitativa studierna är fem gjorda i Sverige och de andra två gjorda i England och USA. Den mixade studien var gjord i Australien. Tre studier är gjorda med enbart kvinnor som deltagare. Studierna beskriver upplevelser från den akuta tiden och därefter. En studie

har med deltagare vars hjärtinfarkt skedde för 25 år sedan. De är alla kvalitativa studier som ligger till grund för denna del av resultatet och större delen av dem är gjorda på kvinnor. Vi fann fyra teman: *Fysisk förändring, psykologisk påverkan och förändrade relationer och roller, Rädsla begränsar livet, Upplevelsen av sjukvården och Att försonas med vad som hänt och få en andra chans.*

Fysisk förändring, psykologisk påverkan och förändrade relationer och roller

Temat har delats in i två subteman: *Kroppen* och *Relationer och roller*.

Kroppen

Bristande energi, trötthet och förlorad styrka var vanligt förekommande efter hjärtinfarkt (Johansson, Dahlberg & Ekeberg, 2003; Kazimiera Andersson, Borglin & Willman 2013; Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg 2010; Steven & Thomas, 2012). Personer beskrev fatigue av både psykisk och fysisk typ och en känsla av utmattning (Kazimiera Andersson et al., 2013; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007; Sjöström-Strand et al., 2010), tillsammans med humörsvängningar, som ilska och irritation över småsaker (Kazimiera Andersson et al., 2013; Tod, 2008), men även rastlöshet och depression (Kristofferzon et al., 2007). I nästan alla studier talades det om en upplevd misstro till sin kropp och att det inte längre gick att lita på att den skulle klara av saker den utsattes för (Johansson et al., 2003; Junehag, Asplund & Svedlund, 2013; Kazimiera Andersson et al., 2013; Sjöström-Strand et al., 2010; Steven & Thomas, 2012; Tod, 2008). Denna misstro visade sig också i personers nya, ibland konstanta, vaksamhet mot kroppssignaler som kunde vara tecken på en ny hjärtinfarkt (Junehag et al., 2013; Kazimiera Andersson et al., 2013; Tod, 2008). Att inte längre känna igen sin kropp gav en förändrad syn på kroppen (Kazimiera Andersson et al., 2013; Stevens & Thomas, 2012). Den upplevdes nu som svag och främmande (Kazimiera Andersson et al., 2013) och en förändrad attityd och relation till kroppen hade utvecklats hos deltagarna i den svenska studien av Johansson et al. (2003), då de insett att kroppens svaghet hotade deras existens.

Relationer och roller

Många upplevde att deras roller i livet och i familjen kraftigt rubbats (Stevens & Thomas, 2012; Tod, 2008). Behovet fanns att visa sig fortsatt stark inför sin familj och hålla ett glatt humör för att inte uppröra familjemedlemmar, speciellt barn, genom att visa sin trötthet eller rädsla (Stevens & Thomas, 2012) och vissa kämpade för att inte vara, som de upplevde sig,

en börda för andra (Kristofferzon et al., 2007). Män talade om hur de inte längre kände sig som en man då de inte klarade av att jobba med renoveringar i hemmet eller handla (Tod, 2008). Yngre personer kände också svårigheter i att orka ta konflikter med underåriga barn och andra anhöriga (Kazimiera Andersson et al., 2013). En del upplevde krav från anhöriga som inte förstod hur utmattade och trötta de var (Kristofferzon et al., 2007) och många tyckte det kändes jobbigt att behöva be om hjälp när tröttheten tog i överhand och de inte längre orkade göra exempelvis enklare sysslor. Att behöva förlita sig på andra upplevdes som jobbigt (Stevens & Thomas, 2012). Stödet från familjen och anhöriga poängterades som viktigt i flera studier och många talade gott om hur deras anhöriga hjälpt dem under den tyngsta tiden efter hjärtinfarkten (Junehag et al., 2013; Sjöström-Strand et al., 2010).

Rädsla begränsade livet

Vetskapen om hur snabbt livet kan förändras fanns alltid nära i tankarna och skapade rädsla och oro (Johansson et al., 2003; Kazimiera Andersson et al., 2013). Det personer var rädda och oroliga för var att drabbas av en ny hjärtinfarkt och för döden i sig (Junehag et al., 2013; Kazimiera Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2007; Tod, 2008). Många vara rädda för att vara ensamma efter hjärtinfarkten och kände sig inte längre säkert, relaterat till rädslan för en ny hjärtinfarkt (Johansson et al., 2003; Junehag et al., 2013; Kazimiera Andersson et al., 2013; Stevens & Thomas, 2012). En oro fanns också över mängden mediciner som fortfarande togs och deras påverkan på kroppen (Sjöström-Strand et al., 2010). Yngre personer hade också en oro över hur det skulle gå för deras barn i framtiden om de dog (Kazimiera Andersson et al., 2013; Junehag et al., (2013), konstaterade att de flesta hade kommit över sin rädsla och ångest 1 år efter hjärtinfarkten men Sjöström-Strand et al. (2010) visade att även efter fem år upplevde många fortfarande en oro över att få en ny hjärtinfarkt och en rädsla för döden fanns kvar.

Rädsla var en del i det som begränsade individers vardag och sociala liv. De kände att de inte kunde göra saker som de gjort tidigare eller var rädda för att inte klara av samma saker längre (Stevens & Thomas, 2012; Tod, 2008). Många av dessa saker var av fysisk karaktär och vissa valde att minska arbetstiden och vardagssysslor (Stevens & Thomas, 2012) medan andra undvek fysiska aktiviteter (Kristofferzon et al., 2007). Vissa män var rädda för att inte

längre klara av att få en erektion och även kvinnor var rädda för att inte kunna genomföra en sexuell akt eller återfå ett normalt sexliv. Det sociala livet påverkades av ovanstående rädslor men också av orkeslöshet och fatigue (Kazimiera Andersson et al., 2013). Osäkerheten över framtiden gjorde att en del kände att de inte kunde planera framåt då de inte visste vad som skulle kunna ske nästa dag (Johansson et al., 2003; Kazimiera Andersson et al., 2013).

Friheten att inte behöva tänka på hälsan, såsom det varit innan hjärtinfarkten, saknades (Stevens & Thomas, 2012).

Upplevelsen av sjukvården

Kvinnor kände att de inte togs på allvar av sjukvården då de tog kontakt vid sin hjärtinfarkt. En del upplevde att de nästan avfärdades på grund av ålder och flertalet berättade om hur de feldiagnostiserats och sedan inte fått information om hjärtinfarkten förrän efteråt (Stevens & Thomas, 2012). Kvinnor togs inte heller på allvar av sin läkare efter hjärtinfarkten utan frågor ignorerades och läkaren pratade istället med sjuksköterskan eller anhöriga (Sjöström-Strand et al., 2010). Män däremot pratade om trygghet, säkerhet och omtänksamhet från sin hjärtläkare. Både män och kvinnor tryckte på vikten av sjuksköterskans arbete.

Sjuksköterskan innebar en kontinuitet och säkerhet i vården. De fanns där med gott stöd och hjälp med praktiska saker (Kristofferzon et al., 2007). Det var viktigt att bli stöttad och tagen på allvar (Johansson et al., 2003).

Informationen från sjukvården, med störst fokus på råd vid hemgång och råd/information kring livsförändringar, upplevdes som bristfällig (Sjöström-Strand et al., 2010) både under den akuta fasen (Stevens & Thomas, 2012) men mest vid hemgång, där informationen som gavs framstod som standardiserad och opersonlig (Johansson et al., 2003) och råden upplevdes otillräckliga och svåra att förstå hur de skulle tillämpas (Stevens & Thomas, 2012).

En del kände att de inte fått information hur de skulle undvika ett återfall (Kazimiera Andersson et al., 2013). Ett behov av mer information kring känslor och psykologiska reaktioner uttrycktes (Junehag et al., 2013; Kristofferzon et al., 2007; Stevens & Thomas, 2012), men även mer information kring symtom, behandlingar och rehabilitering (Kristofferzon et al., 2007). Kvinnorna i Stevens & Thomas (2012) studie hade inte fått information kring den utmattning som de alla kände och hur länge det förväntades ta innan

de återfått sin energi. Den dåligt utformade informationen, tillsammans med press från sjukvården att följa råden, tycktes resultera i mer osäkerhet och dessutom passivitet hos kvinnor i hur de skulle göra för att hantera sitt nya liv. Till följd av dålig information skapade den bristande kunskapen rädsla och oro (Stevens & Thomas, 2012). Av de som uttryckte sig nöjda med information som givits så hade de flesta deltagit i medicinska studier och därmed fått göra fler tester och träffa sjukvårdspersonal oftare (Junehag et al., 2013). Kvinnor i en svensk studie uttryckte positiva erfarenheter av rehabiliteringsteamet och tyckte att de fått gott stöd från dem och andra deltagare i gruppen (Kristofferzon et al., 2007). En annan studie gjord i Sverige beskrev dock att personer tyckte att rehabiliteringsteamet inte frågade dem vad de som individer var i behov av för att kunna återhämta sig på bästa sätt (Kazimiera Andersson et al., 2013).

Att försonas med vad som hänt och få en andra chans

Deltagare beskrev återhämtningen som att det inte handlade om att komma över händelsen utan att lära sig leva med konsekvenserna och den vaksamma osäkerheten som fanns kvar efter hjärtinfarkten (Tod, 2008). Tiden efter en hjärtinfarkt kämpade vissa med att förstå varför det hade drabbat just dem och vad som var meningen med att just de skulle insjukna. Oförmågan att kunna finna en mening och begripa vad som hänt skapade ilska (Stevens & Thomas, 2012). I Junehag et al. (2013) studie, som såg till personers upplevelse ett år efter hjärtinfarkten, så hade deltagarna fått förståelse för att deras psykologiska reaktioner varit normala och det bästa var att prata om hur de mådde och det som hänt. Det kunde ta tid att inse att livet inte skulle bli detsamma igen och att acceptera vad som hänt dem, för att sedan kunna gå vidare med livet (Kazimiera Andersson et al., 2013). Försoning beskrevs som en viktig del av att kunna gå vidare i livet. Kvinnor kände att de behövde försonas med sin kropp och få en fungerande relation till den igen. De beskrev att försoning inte kunde uppnås automatiskt utan steg för steg med hjälp av vårdande stöd vilket vissa upplevde att det inte fått och därför inte kunnat försonas med händelsen (Johansson et al., 2003).

Hjärtinfarkten framställdes som en positiv händelse av vissa (Junehag et al., 2013) och kunde ses som en varning (Kazimiera Andersson et al., 2013) vilket gav en ny syn på livet (Kazimiera Andersson et al., 2013; Tod, 2008). Det fick dem att värdera livet högre och

prioritera annorlunda samt att inte ta något för givet (Junehag et al., 2013; Kazimiera Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2007; Tod, 2008). Människor upplevde att de fått en andra chans och var tacksamma över detta (Kazimiera Andersson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2007).

Metoddiskussion

För att kunna genomföra denna litteraturöversikt söktes vetenskapliga artiklar via databaserna Cinahl och PubMed. De nämnda databaserna användes för att de har ett större upptagningsområde jämfört med Psycinfo och Swemed som hade kunnat användas till arbetet. Inklusions- och exklusionskriterier valdes till arbetet för att sätta tydliga gränser på de vetenskapliga studier, vilket ledde till en bättre identifiering av studier som passade till arbetets syfte (Friberg, 2012, s. 137-138). I början av arbetet exkluderades studier som hade deltagare med tidigare hjärtinfarkt för att detta kunde påverka deltagarens upplevelse av händelsen och därmed nivåerna av depression och ångest både positivt och negativt. Men denna begränsning gjorde att sökningarna gav mycket få antal artiklar som kunde användas och många studier exkluderades på grund av att de hade deltagare med tidigare hjärtinfarkt. Därför togs denna exklusionskriterie bort, som i sin tur ledde till ett mycket större antal användbara artiklar. Denna erfarenhet visade på att det finns en brist på studier med bara deltagare som upplevt en förstagångs hjärtinfarkt. Framtida studier kan med fördel göras på första-gångs hjärtinfarkter och sedan också jämföras mot studier som har deltagare med flera hjärtinfarkter och se om det är någon skillnad i upplevelsen av den första och andra hjärtinfarkten. Studier med deltagare diagnostiserad med depression eller ångest före hjärtinfarkt exkluderades för att detta skulle kunna leda till ett felaktigt resultat då det skulle vara svårt att avgöra om deltagarnas diagnos hängde kvar sedan tidigare eller var en komplikation av hjärtinfarkten.

Studier som genomfördes efter genomgången hjärtinfarkt och syftade till att belysa förekomst av depression och ångest alternativt patienters upplevelser av tiden efter hjärtinfarkt inkluderades. Det skulle endast inkluderas studier med hög kvalitet som var etiskt godkända och peer-reviewed enligt Ulrichsweb. En studie utan tydligt etiskt godkännande inkluderades, då deltagarna hade informerats angående forskningens syfte, godkände sitt

deltagande genom att lämna in samtycke till forskarna, konfidentialitetskravet uppfylldes då ingen deltagares uppgifter läcktes ut och att insamlade uppgifter om enskilda personer användes endast till forskningsändamål, som utifrån Forsberg och Wengström (2016, s. 59-60) gör studien etiskt godtagbar. Den jämförande studien mellan fem länder angående ångestnivåer i det tidiga stadiet av en hjärtinfarkt inkluderades trots ett bedömt medel kvalité eftersom studien hade ett intressant syfte och gav en jämförande bild över ångestnivåer i flera länder.

Förutom de sökord som användes hade sökord med liknande betydelse kunnat användas, exempelvis MI (myocardial infarction), heart attack, AMI (acute myocardial infarction) eller så hade MeSH termer och major headings kunnat skrivas som fria ord för att se vilken skillnad det gav i sökresultatet. "Experiences" hade kunnat användas som fritt ord i en sökning i Pubmed för att se om där fanns någon fler artikel att använda.

Att kvantitativa, kvalitativa och en mixad metod inkluderas i ett arbete, skriver Friberg (2012, s. 138) ger ökade möjligheter till att det valda syftets område täcks in ordentligt. Det upplevdes att de kvalitativa och kvantitativa studierna kompletterade varandra med sina resultat. De kvantitativa studierna gav en statistisk bild på förekomsten av depression och ångest medan de kvalitativa beskrev de känslor och upplevelser deltagarna hade efter sin hjärtinfarkt. Urvalsprocessen fungerade bra men det hade kunnat vara av intresse att redovisa artiklar som dök upp i flera sökningar för att få en bild av hur många dubletter sökningarna gav.

De kvantitativa studierna är från en mångfaldig skara länder med olika kulturer. Detta har varit till studiens fördel då det ger en bredare bild över förekomsten av depression och ångest efter hjärtinfarkt ur ett världsligt perspektiv. En begränsning i studien är den övervägande majoriteten av svenska studier bland de kvalitativa artiklarna. Det hade varit önskvärt att finna fler artiklar med studier gjorda i andra länder för att se om det finns skillnader i upplevelsorna mellan olika kulturer. Det fattas studier som jämför skillnader i män och kvinnors upplevelse av vården och skillnader i upplevelsen av en förstagångs infarkt och en andragångs infarkt. Därför behövs framtida forskning inom dessa områden.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa tiden efter hjärtinfarkt med fokus på depression, ångest och patientupplevelser och litteraturoversiktens resultat har visat att många får depression och ångest som komplikation efter hjärtinfarkt. Att depression är vanligt förekommande efter hjärtinfarkt förstärks även av en litteraturstudie som gjordes i England av Steptoe och Whitehead (2005) som visade att det är upp till 20 % av individer har en svår grad av depressiv episod inom några veckor efter den akuta händelsen och ytterligare 25 % upplever mindre grad av depression under samma tidsperiod (Steptoe & Whitehead, 2005).

Sammanfattningsvis i resultatet ses höga ångestnivåer hos personer under den akuta fasen av hjärtinfarkt och upp till 72 timmar efter. Depression förekommer men siffrorna under samma tidsperiod varierade kraftigt mellan olika studier. Förekomsten av både depression och ångest sågs variera och siffror steg och sjönk om vartannat under de övriga mätningarna vid 3, 6, 12 och 18 månader. Varierande nivåer av ångest undersöktes även i Holland av Versteeg, Roest & Denollet (2014). Deltagarna i 4 olika grupper för att se variationen under 18 månader. Första gruppen som bestod av 83 patienter (17 %), hade höga nivåer av ångest vid baslinjen som kvarstod under de följande 18 månaderna. Den andra gruppen 44 patienter (9 %), hade måttlig ångest poäng vid baslinjen som ökade till höga nivåer efter det första året, men minskade sedan återigen till måttliga nivåer vid 18 mån. För tredje gruppen 12 patienter (3 %), hade måttlig ångest vid baslinjen, minskade ångesten till låga nivåer efter ett år och sedan ökade till höga nivåer vid 18 månader. Den 4:e gruppen 347 patienter (71 %), hade låg nivå av ångest under hela studietiden (Versteeg et al., 2014).

Ångest är en förstäligt förekommande känsla i samband med hjärtinfarkt då detta är en livsomvälvande händelse. Att många får ångest efter hjärtinfarkt kan bero på att de upplever situationen obegriplig och ohanterbar. Detta kan leda till att patienter hamnar i en depressiv episod. En hög känsla av begriplighet menar Antonovsky (2005, s. 43) innebär en tro på att stimuli eller händelser i framtiden är förutsägbara eller vid överraskning går att förklara. För att en individ ska kunna klara av att hantera en sådan situation så menar Antonovsky (2005, s. 43-49) att situationen måste gå att förklara och att individen har de resurser som behövs för att hantera den (Antonovsky, 2005, s. 43-49). Mycket utav den rädsla och oro som



deltagarna beskrev i studierna kan minskas med information och stöd från sjukvården, något som deltagare också upplevde som bristande. Bristande information från vården kan, kopplas till den bristande kunskapen som var en del av orsaken till rädsla hos personer efter hjärtinfarkt. Bristande kunskap kan jämföras med dåliga resurser att hantera en situation eller händelse. Genom att erbjuda resurser av olika former så kan sjukvården öka graden av begriplighet och hanterbarhet vilka enligt ökar en människas KASAM. Det i sin tur ger en ökad förmåga att klara av svåra situationer (Antonovsky, 2005, s. 44-45). De resurser som sjuksköterskan kan erbjuda patienterna kan handla om rådgivning, information om livsförändringar, tydlig information om hjärtinfarkt, dess uppkomst och komplikationer samt begränsningar som kan förekomma efter hjärtinfarkt. Genom att minska patienters rädsla kan sjukvården också hjälpa till att minska de begränsningar personer upplevde relaterat till rädsla. Det är viktigt att sjuksköterskan ser till individens behov och utifrån detta anpassar informationen för att kunna ge bästa vård. Enligt en studie från England bör sjuksköterskan fastställa patientens förståelse av sjukdomen och vad den innebär och därefter ge evidensbaserad, skriftligt information. Även tidigare har patienters behov av information ofta inte uppfyllts av sjukvården (Goddard, Hill & Morton, 2015). Sjuksköterskan har en viktig roll i att finnas som ett stöd vid frågor och funderingar. Det är viktigt att minska ångesten hos patienter då ångest visat sig ha en påverkan på följsamheten av råd angående sekundär prevention av en ny hjärtinfarkt. Förekomsten av ångest minskar följsamheten av regelbunden träning, rökstopp och stress minimering men ökar också följsamheten av att ha med sig mediciner (Kuhl, Fauerbach, Bush & Ziegelstein, 2009).

Meningsfullhet är den tredje komponenten i KASAM. Personer som innehar en hög grad av meningsfullhet menar Antonovsky, ser livets utmaningar som något värt att investera energi i. Dessa personer har en inställning att livet ibland är jobbigt men att det är värt engagemang och hängivelse. Jobbiga händelser som ex, hjärtinfarkt är inget dessa människor drar sig för att konfronteras med utan de riktar istället in sig på att finna en mening med händelsen och att göra sitt bästa för att gå vidare med livet (Antonovsky, 2005, s. 45-46). Kopplingar kan göras från denna komponent till det faktum att vissa inte förstod varför de drabbats medan andra såg hjärtinfarkten som en varning och en andra chans att värdera sitt liv högre. De

som såg hjärtinfarkten som en positiv upplevelse eller iallafall fann en mening med den, kan tolkas som att de hade en högre grad av KASAM.

Den kvalitativa delen av resultat visar även att många upplever psykiska och fysiska förändringar i kroppen samt förändringar i relationer och roller inom familjen. Trötthet eller fatigue är vanligt förekommande efter hjärtinfarkt och påverkar både mentalt och fysiskt personens förmågor att fungera normalt. Alsén (2008) gjorde en studie i Sverige som visat att fatigue efter hjärtinfarkt har visat sig vara ett besvärande hälsoproblem, vilket skiljer sig från tidigare erfarenheter av fatigue och därför är den svårare att hantera, för både män och kvinnor. Tröttheten är troligen en av de faktorer som bidrar till humörsvängningar, irritation och rastlöshet. Bristande energi, trötthet och förlorad fysisk styrka kan vara bidragande faktorer till förekomsten av depression (Alsén, 2008). Flera av de teman som framkom utifrån patienters beskrivningar av sina upplevelser kan tänkas vara bidragande orsaker till de data som de kvantitativa artiklarna kom fram till. Det kan tänkas att det finns ett samband mellan förekomsten av depression och ångest, och de kvalitativa teman som framkom. Detta är något som också vore av intresse att i framtiden forska närmare kring.

Sjuksköterskan bör arbeta med en humanistisk människosyn och mot att förstå individens livsvärld i relation till sjukdom, lidande och hälsa. En dialog med patienten och inbjudan till delaktighet eftersträvas samt en jämlikhet mellan sjuksköterskan och patient i deras möten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Detta bör eftersträvas i all omvårdnad så väl i det akuta skeendet som i eftervården.

Egenkritik och felkällor

Många av studierna som är med i resultatet har deltagare som genomgått fler än en hjärtinfarkt. Detta är något som kan ha påverkat nivåerna av ångest och depression. Att tidigare ha upplevt en hjärtinfarkt kan ha gjort personen mer förberedd på hur livet skulle vara tiden efter händelsen och därmed gett en minskad nivå av depression och ångest, eftersom situationen upplevdes mer hanterbar. Det kan också ha gett en tvärtom effekt. Den tidigare upplevelsen av en hjärtinfarkt har istället fått individen att känna sig misslyckad som drabbas igen, vilket ger en större chans till depression. Det kan också skapa mer ångest att drabbas en gång till eftersom att det då förverkligat en av de vanligaste rädslorna hos patienter efter hjärtinfarkt; att drabbas igen.

Den kvalitativa delen av resultatet hade kunnat få en annan form om fler studier hade inkluderat män. Nu var drygt hälften av studierna gjorda på endast kvinnliga deltagare. Att även få mer av det manliga perspektivet på upplevelser efter hjärtinfarkt hade varit till arbetets fördel. Män och kvinnors upplevelse av hjärtläkaren skiljer sig enligt detta resultat men det gäller att ha i åtanke den övervägande majoriteten av kvinnor i de kvalitativa studierna.

Slutsats

Ångest är vanligt i samband med hjärtinfarkt och depression förekommer mer vanligt några månader efter insjuknandet. Det är av vikt att uppmärksamma förekomsten av depression och ångest då detta inte bara påverkar patienters mående i det akuta skeendet utan också ökar risken för insjuknande och ytterligare komplikationer efter det akuta skeendet. Rädslan efter en hjärtinfarkt styr många patienters liv och begränsar dem i deras vardag. Tydlig information och ett gott stöd från sjukvården kan minska denna känsla och ge livet tillbaka till många. Sjukvården behöver öka sin kunskap kring vad patienter önskar för information och se till att inte glömma bort att informera om de känslor som är vanliga efter en hjärtinfarkt. Sjuksköterskan är en viktig del i denna process då denne har mest kontakt med patienten och kan se vad just denna individ behöver i form av information, stöd och kontakt.

Referenser

*Resultatartiklar

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

*An, K., De Jong, M. J., Riegel, B. J., McKinley, S., Garvin, B. J., Doering, L. V., & Moser, D. K. (2004). A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. *HEART & LUNG*, 33 (2), 75-82. doi:10.1016/j.hrtlng.2003.12.007

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: natur och kultur.

Bennetti, P., & Connel, H. (1999). Dyadic processes in response to myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 4 (1), 45-55. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). Evidensbaserat omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad- ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola". Malmö: Malmö högskola. Hämtad 2017-01-20 från, http://dspace.mah.se:8080/bitstream/handle/2043/660/rapport_hs_05b.pdf

Cullberg, J. (2000). *Kris och utveckling: Krisens förlopp och symtom* (3. rev. uppl. s. 140-155). Bonniers Fotosätter: Stockholm.

*De Jong, M. J., Chung, M. L., Roser, L. P., Jensen, L. P., Kelso, L. A., Dracup, K., ... Moser, D. K. (2004). A five-country comparison of anxiety early after acute myocardial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 129–134. doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.01.004

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Vård vid hjärtsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Finnström, B. (2010). Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. I E. Dahlborg Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne*. (s. 64-70). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. uppl., s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Den systematiska litteraturstudiens första steg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Goddard, L., Hill, M. C., & Morton, A. (2015). Caring for patients after myocardial infarction. *Practice nursing*, 26(6), s. 289-294. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/pnur.2015.26.6.288>

*Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., Eide, G. E., Bjelland, I., & Rokne, B. (2009). Anxiety and depression after myocardial infarction: An 18-month follow-up study with repeated

measures and comparison with a reference population. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16 (6), 651-659. doi: 10.1097/HJR.0b013e32832e4206

Jensen, B. O., & Peterssen, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient education and counseling*, 51, 123-131. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

*Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 299-236. doi: 10.1016/s1474-5151(03)00033-1

*Johansson, I., Karlson, B. W., Grankvist, G., & Brink, E. (2010). Disturbed sleep, fatigue, anxiety and depression in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 175-180. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.12.003

*Joubert, L., Holland, L., Maturano, A., Lee, J., & McNeill, J. (2013). The contribution of psychosocial factors to secondary risk prevention for myocardial infarction in young adults. *Social Work in Health Care*, 52, 191-206. doi:10.1080/00981389.2012.737897

*Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2013). A qualitative study Perception of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 22-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>

*Kala, P., Hudakova, N., Jurajda, M., Kasperek, T., Ustohal, L., Parenical, J., ... Kanovsky, J. (2016). Depression and anxiety after acute myocardial Infarction treated by primary PCI. *PLoS ONE*, 11 (4), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0152367

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

Kirchberger, I., Heier, M., Kuch, B., Wende, R., & Meisinger, C. (2011). Sex differences in patient- reported symptoms associated with myocardial infarction (from the population-based MONICA/KORA myocardial infarction registry). *The American Journal of Cardiology*, 107, 1585-1589. doi:10.1016/j.amjcard.2011.01.040

*Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 367-375. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x

*Lauzon, C., Beck, C. A., Huynh, T., Dion, D., Racine, N., Carignan, S., ... Pilote, L. (2003). Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. *Canadian Medical Association or its licensors*, 168 (5), 547-552. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

*Liang, J. J., Tweet, M. S., Hayes, S. E., & Gulati, R. (2014). Prevalence and predictors of depression and anxiety among survivors of myocardial infarction due to spontaneous coronary artery dissection. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 34, 138-142. doi:10.1097/HCR.0000000000000030

Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., & de Jonge, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry*, 33, 203-216. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2011.02.007

Moser, D. K. (2007). "The rust of life": Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16:4, 361-369. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

Kuhl, E. A., Fauerbach, J. A., Bush, D. E., & Ziegelstein, R. C. (2009). Relation of anxiety and adherence to risk-reducing recommendations following myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 103, 1629-1634. doi: 10.1016/j.amjcard.2009.02.014

*Sjöström-Strand, L., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2010). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 459-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

Socialstyrelsen. (2015, november). *Hjärtinfarkter 1994-2014*. Hämtad 22 december, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-11->

Stepptoe, A., & Whitehead, D. L. (2005). Depression, stress, and coronary heart disease: the need for more complex models. *Heart*, 91, 419-420. doi: 10.1136/hrt.2004.045310

*Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care for Women International*, 33, 1096-1113. doi:10.1080/07399332.2012.684815

Sundström, J. (2010). Epidemiologi och primärprevention. I L. Wallentin & B. Lindahl (Red.), *Akuta kranskärlssjukdomar* (26-38). Liber AB: Stockholm.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016, november). *Indikationer för hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad 09 mars, 2016, från svensk sjuksköterskeföreningen, <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Halsoframjande/Indikatorer-for-halsoframjande-omvardnad/>

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal* 33, 2551-2567. doi:10.1093/eurheartj/ehs184

*Tod, A. (2008). Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction. *Nursing standard*, 23(3), 35-42. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Versteeg, H., Roest, A. M., & Denollet, J. (2014). Persistent and fluctuating anxiety levels in the 18 months following acute myocardial infarction: The role of personality. *General hospital psychiatry*, 37, 1-6. doi: <http://dx.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.11.010>

World Health Organization (2016). *Media centre: Depression*. Hämtad 2 januari, 2017, från World Health Organisation, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization (2016): *Cardiovascular diseases*. Hämtad 22 december, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F.,... Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937-952. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

1177. (2015). *Hjärtinfarkt*. Hämtad 28 februari, 2017, från 1177, <http://>



Bilaga 1

Tabell över inkluderade artiklar

Författare/årtal /land/ sökning	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare /bortfall	Metod, datainsamling analys	Huvudresultat	Kvalitet
An, De Jong, Riegel, McKinley, Garvin, Doering, & Moser 2004 USA Australien Sökning 2 Pubmed	Syftet var att undersöka, med hjälp av ett tvärsnitts designade studie, utvecklingen av ångest under sjukhusvistelsen för akut hjärtinfarkt, och att undersöka om det finns en skillnad mellan könen i ångest utvecklingen.	Kvantitativ Tvärsnitts studie	486 deltagare 351 män 175 kvinnor	Datainsamling: 20-item state anxiety subscale of STAI. Analys: Två-vägs variansanalys.	Indelat i 6 grupper: 1: inom 12 h 2: 12,1-24 h 3: 24,1-36 h 4: 36,1- 48 h 5: 48,1 - 60 h 6: 60,1 - 72 h Grupp: medelpoäng, totalt över alla deltagande 1: 44,63 p 2: 37,29 p 3: 37,60 p 4: 36,83 p 5: 36,82 p 6: 35, Grupp: medelpoäng (n Män) 1: 43,3 p (47) 2: 36,1 p (84) 3: 37,69 p (99) 4: 34,68 p (56) 5: 35,30 p (30) 6: 32,36 p (11) Grupp: medelpoäng (n kvinnor) 1: 47,89 p (18) 2: 39,25 p (51) 3: 37,34 p (32) 4: 40,38 p (34) 5: 39 p (21) 6: 49 p (3) 92 p	Hög kvalitet 36 p



<p>De Jong, Chung, Roser, Jensen, Kelso, Dracup, McKinley, Yamasaki, Kim, Riegel, Ball, Doering, An, Barnett & Moser.</p> <p>2004</p> <p>Australien England Japan Sydkorea USA</p> <p>Sökning 2 Pubmed</p>	<p>Syftet var att utvärdera om ångest efter akut hjärtinfarkt skiljer sig i fem olika länder och att bestämma om en interaktion mellan land, sociodemografiska faktorer och kliniska variabler bidrar till variationer i rapporterad ångest.</p>	<p>Kvantitativ Prospektiv, jämförande, kors-kulturell studie.</p> <p>Substudie till en större.</p>	<p>Totalt: 912</p> <p>AUS: 127 ENG: 144 JAP: 136 S.KOREA 128 US: 377</p>	<p>Datainsamling: Fråge/undersökningsformulär.</p> <p>Sociodemografic and clinical data form,</p> <p>Anxiety subscale of the breif symptom inventory.</p> <p>Analys: Statistisk analys, ANOVA Chi-square ANCOVA</p>	<p>Patienter i alla länder upplevde höga ångest nivåer jämfört med friska individer.</p> <p>Efter kontroll och justering av socio- demografiska data sågs ingen signifikant skillnad mellan upplevd ångest i länderna.</p> <p>Medelnivå poäng ångest: Totalt: 0.62 AUS: 0.54 ENG: 0.47 JAP: 0.66 S. KOREA: 0.64 US: 0.69</p> <p>Friska individer: 0.35</p>	<p>Medel kvalitet 34 p</p>
<p>Hanssen, Nordrehaug, Eide, Bjelland & Rokne</p> <p>2009</p> <p>Norge</p> <p>Sökning 2 Pubmed</p>	<p>Syftet med denna studie var att utvärdera symtom på ångest och depression från den akuta fasen till 18 månader efter hjärtinfarkten och jämföra resultat med nivåer av ångest och depression i en norsk referenspopulation.</p>	<p>Kvantitativ Prospektiv kohortstudie</p>	<p>288 vid baslinje.</p> <p>Efter 18 mån: 31 % bortfall, 89</p> <p>Referens data från Hunt 2 studien. Denna studie inkluderades 54 867 deltagare som hade fullt ifyllda HADS formulär.</p>	<p>Datainsamling: Frågeformulär HADS innehållande av 7 objekt för ångest (HADS-A) och 7 objekt för depression (HADS-D) användes.</p> <p>Analys: Beskrivande statistik analys. Fischer exact test. Multiple linjär regressionsanalys</p> <p>UNIANOVA</p>	<p>Tidpunkt: % Deprimerade</p> <p>Bas: 13,6% 3 mån: 13,4 % 6 mån: 14,7 % 12mån: 10,2 % 18 mån: 13,7 %</p> <p>Tidpunkt: % med ångest</p> <p>Bas: 19,7 % 3 mån: 16,1 % 6 mån: 16,5 % 12 mån: 14,1 % 18 mån: 16,8 %</p> <p>Hög ångest vid baslinje och 3 månader predicerade hög ångest vid 18 mån.</p> <p>Depression vid baslinje indikerade mer komplikationer, längre sjukhusvistelse och depression vid 3 och 6 mån.</p>	<p>Hög kvalitet 37 p</p>



Johansson, Dahlberg & Ekebergh 2003 Sverige Sökning 4 Cinahl	Syftet var att undersöka kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ Fenomenologisk	8 deltagare	Datainsamling: Semi strukturerade intervjuer som transkriberades och inspelades. Analys: Fenomenologisk analys	Döden känns alltid närvarande/gör sig påmind. Inget tas för givet då de är medvetna om hur kort livet kan vara. Rädsla och ångest upplevs dagligen. Att leva med en opålitlig kropp. Kroppen är inte längre densamma som tidigare. Attityden och relationen till deras kroppar och liv förändrades. Kroppen hade tappat sin styrka och vitalitet. Fatigue. Känsla av maktlöshet och övergivenhet i att veta att det kan hända igen utan att de kan påverka detta. Känslor av att inte få vara deltagande i sin egen vård. Försök att nå försoning med det som hänt för att kunna gå vidare med sina liv.	Hög kvalitet 37 p
Johansson Karlson, Grankvist & Brink 2010 Sverige Sökning 2 Cinahl	Syftet var att undersöka samband mellan störd sömn, fatigue, ångest och depression, och att bedöma i vilken utsträckning fatigue, fyra månader efter hjärtinfarkt kan förklaras.	Kvantitativ	236 inbjudna. 204 (87 %) fullföljde studien	Datainsamling: Frågeformulär med 9 frågor till beräkning av sömnstörning. SHCQ till beräkning av fatigue. HAD till beräkning av depression och ångest. Analys: Beskrivande statistik analys, T-test	En fjärdedel av deltagarna visade möjlig eller sannolik ångest, och 1 femtedel av deltagarna visade möjlig eller sannolik depression, 4 månader efter hjärtinfarkt. Kvinnor hade högre ångest än männen men ingen skillnad upptäcktes gällande depression. Variablerna ångest, depression och sömnstörningar var alla associerade med fatigue.	Hög kvalitet 39 p



Joubert, Holland, Maturano, Lee & McNell 2013 Australien Sökning 2 Cinahl	Syftet med denna studie var att utforska och identifiera komplexa psykosociala faktorer som bidrag till sekundär risk prevention mot hjärtinfarkt bland vuxna under 55 år.	Mixad metod	30 deltog vid första mätningen 80 % (26 kvar) vid 3 månader. 70 % (21 kvar) vid 6 månader.	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer och frågeformulär: CDS SF-12 PIE Analys: SPSS, version 15.0. Beskrivande statistik.	Vid första mätningen visade 41 % av deltagarna svår grad av depression, 34 % visade en mildare grad av depression. Vid 3 och 6 månader visade ingen någon svår grad av depression. Mätningen visade att 73,4 % av deltagarna kände sig nedstämd åtminstone lite av tiden.	Hög kvalitet 36 p
Junehag, Asplund & Svedlund 2013 Sverige Sökning 3 Cinahl	Syftet var att beskriva individens uppfattning av psykosociala konsekvenser av en akut hjärtinfarkt och deras tillgång till stöd ett år efter händelsen.	Kvalitativ Beskrivande design.	20 deltagare En person valde att lämna studien. 11 deltagare erbjöds kontakt med en mentor.	Datainsamling: Intervjuer ett år efter hjärtinfarkt. Transkriberades ordagrant. Inspelades. Analys: Kvalitativ innehållsanalys . Kodning och teman.	Ett förändrat liv. Ångest känslor och en misstro till den förändrade kroppen. Många hade kommit över det värsta av sin ångest och rädsla ett år efter hjärtinfarkten. Undvek att vara ensam. Att acceptera eller glömma händelsen. Att prata om den kändes som det bästa vapnet mot ångest för många. Alla uttryckte ett missnöje med eftervården. Ej fått information om de psykologiska konsekvenserna. Viktigt med stöd från, familj, vänner, en mentor.	Hög kvalitet 40 p



<p>Kala, Hudakova, Jurajda, Kasperek, Ustohal, Parenica, Sebo, Holicka & Kanovsky</p> <p>2016</p> <p>Tjeckien</p> <p>Sökning 2.</p> <p>Pubmed</p>	<p>Huvudsyftet var att ta reda på förekomsten av depression och ångest i en population av patienter med akut hjärtinfarkt som behandlades med PCI (PPCI). Sekundärt mål var att undersöka indikationer på förekomsten av sömn- störningar och förlust av sexintresse</p>	<p>Kvantitativ longitudine II (uppföljning)</p>	<p><u>baslinje</u> 79 (100 %)</p> <p><u>3-5 dagar</u> 76 (96,2%)</p> <p><u>3 mån.</u> 67 (84,8%)</p> <p><u>6 mån</u> 65 (82,3%)</p> <p><u>12 mån.</u> 65 (82,3 %)</p>	<p>Datainsamling: Frågeformulär med självskattnings skalor BDI-II SAS</p> <p>Analys: Mann Whitney U-test. ANOVA</p>	<p>Tidpunkt: % Deprimerade 24 h: 21,5 % dep. 3-5 dagar: 9,2 % dep. 3 mån: 10,4 % dep. 6 mån: 15,4% dep. 12 mån: 13/8 % dep.</p> <p>BDI poäng: ökade något vid 3 och 6 månader. Minskade igen vid 12 mån.</p> <p>Tidpunkt: % med ångest 24 h: 8,9 % 3-5 dagar: 0 % 3 mån: 4,5 % 6 mån: 10, 8 % 12 mån: 6,2 %</p>	<p>Hög kvalitet 36 p</p>
<p>Kazimiera Andersson, Borglin & Willman</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p> <p>Sökning 2</p> <p>Cinahl</p>	<p>Syftet var att klarlägga meningen med upplevelser hos yngre människor (<55 år) under deras första år efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ. Fenomenologisk hermeneutisk studie.</p>	<p>17 deltagare</p>	<p>Datainsamling: Intervjuer</p> <p>Analys: Fenomenologisk hermeneutisk. Tematisk strukturerad analys, omfattande förståelse.</p>	<p>Traumatisk upplevelse. Onormal trötthet. Konstant rädsla och oro. Kännas sig under konstant hot. Få en andra chans.</p>	<p>Hög kvalitet 40 p</p>
<p>Kristofferzon, Löfmark & Carlsson</p> <p>2008</p> <p>Sverige</p> <p>Sökning 4</p> <p>Cinahl</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva upplevelser i dagliga livet 4-6 mån efter en hjärtinfarkt & deras förväntningar på framtiden</p>	<p>Kvalitativ Del av longitudine II studie</p>	<p>40 deltagare. En person föll bort.</p>	<p>Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Även om rädslan om död var på väg bort, uttryckte vissa patienter känslor av irritation, ilska, otålighet, rastlöshet, lätt rörd till tårar och känslor av depression. Många av deltagarna som var arbetslösa var trötta på att vara hemma, känna sig stressad och bli lämnat utanför samhället.</p>	<p>Hög kvalitet 40 p</p>



Lauzon, Beck, Huynh, Dion, Racine, Carignan, Diodati, Charbonneau, Dupuis & Pilote 2003 Kanada Sökning 2 Cinahl	Syftet var att mäta förekomsten av depressiva symptom efter akut hjärtinfarkt samt en depressions påverkan på prognosen efter hjärtinfarkt, på 550 patienter.	Kvantitativ Prospektiv kohortstudie	Tillgängliga: 587 Svars respons vid baslinje: 550 Vid 1 månad: 466 Vid 6 månader: 464 Vid 1 år: 486	Datainsamling: Frågeformulär BDI Data vid 1 år togs också från landets dödsregister. Analys: Cox proportional hazard models.	Tidpunkt: % deprimerade Bas: 35 % dep 1 mån: 39 % dep 6 mån: 39 % dep 1 år: 30 % dep	Hög kvalitet 40 p
Liang, Tweet, Hayes & Gulati 2014 USA Sökning 2 Cinahl	Syftet med studien var att fastställa förekomsten och prediktorer av depression och ångest hos överlevare av SCAD(spontan kranskärls dissektion).	Kvantitativ Tvärsnittstudie	158 deltagare	Datainsamling: PHQ-9 till depression GAD-7 till ångest. Analys: Statistisk analys	8 % av deltagarna visade minst måttlig depression. 16 % av deltagarna visade minst måttlig ångest. Unga deltagare visade svår ångest och vara mer villiga att få behandling för depression och ångest.	Hög kvalitet 36 p
Sjöströmstrand, Ivarsson & Sjöberg 2010 Sverige Sökning 4 Cinahl	Syftet var att undersöka och beskriva hur kvinnor uppfattade deras hälsa och dagliga liv 5 år efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ Utforskande och beskrivande.	12 deltagare	Datainsamling: Semi-strukturerad intervju 5 år efter hjärtinfarkt. Transkriberades och inspelades. Analys: Fenomenografisk procedur analysmetod användes.	Återhämtningstiden upplevdes som en komplex process som präglades av rädsla och osäkerhet. Kvinnorna hade en förändrad känsla om sig själva, och kände sig inte trygga. Många kvinnor litade inte på sin kropp längre. Rädslan av att få en ny MI gjorde livet mycket osäker för dem. De oroade sig om medicinen som de tog och upplevde oro av att deras kropp var beroende av medicinen. Kände oro över sekundära effekterna av medicinen.	Hög kvalitet 36 p



					Hade ett stressat liv med livsförändringarna och upplevde det svårt att fortsätta med de förändringarna.	
Stevens & Thomas 2012 USA Sökning 2 Cinahl	Syftet var att lyfta fram upplevelser hos medelålders kvinnor som överlevt hjärtinfarkt och återvänt hem för att återhämta sig.	Kvalitativ Existentiell fenomenologisk studie.	8 deltagare	Datainsamling: Intervjuer Inspelades och transkriberades Analys: Hermeneutisk analys	Hjärtattacken påverkade det dagliga livet efteråt. Många kvinnor uttryckte ilska mot hälsopersonal och mot att hjärtattacken drabbat dem. En konstant rädsla att de skulle bli sjuka igen	Hög kvalitet 41 p
Tod 2008 England Sökning 4 Cinahl	Syftet var att undersöka meningen med återhämtning, ur perspektivet hos patienter som överlevt en hjärtinfarkt och deras vårdares perspektiv.	Kvalitativ. Konstruktiv grounded theory	24 deltagare	Datainsamling: Semi-strukturerade grupp och individuella intervjuer. Inspelning och notering. Transkriberades. Analys: Deduktiv, inkodning och kategorisering av data.	Deltagare upplevde att de inte längre var sig själva. Deras personlighet, livsstil och känslor ändrades. Skillnad i deras identitet, roll i livet och deras plikter. Överbeskyddade över sina kroppar. Vågade inte lita på kroppen. Rädsla för att drabbas igen. Positiva: Bättre bild av verkligheten och världen. Bättre prioritering, veta vad som är viktigt, karaktärsstyrka och ökad uppskattning av livet och familjen.	Hög kvalitet 36 p



Bilaga 2

Exempel på analysdokument vid resultatsammanställning.

Kvantitativa

T. A. Hanssen, J. E. Nordrehaug, G. E. Eide, I. Bjelland & B. Rokne <i>Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18 month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population.</i>			
2009.	Norge		
Sökning 2.	Pubmed	Mätinstrument:	HADS
Sammanfattning resultat:			
Deltagare: 288 st.	Medelålder deltagare: 60,2 år	Män 80,9 %	Kvinnor 19,1 %
Depression:		Ångest.	
baslinje: 13,6%		baslinje: 19,7 %	
3 mån: 13,4 %		3 mån: 16,1 %	
6 mån: 14,7 %		6 mån: 16,5 %	
12 mån: 10,2 %		12 mån: 14,1 %	
18 mån: 13,7 %		18 mån: 16,8 %	
Ångest nivåerna sjönk i takt med uppföljningarna men steg något vid 6 månader sedan igen vid 18 mån. Depressions nivåer sjönk ytterst lite till 3 mån från baslinjen men steg igen vid 6 månader, för att därefter sjunka igen till en nivå lägre än baslinjen. Dock steg depressions nivå över baslinje mätningen till 18 mån.			
Hög ångest vid baslinje och 3 månader predikterade hög ångest vid 18 mån.			
Depression vid baslinje indikerade mer komplikationer, längre sjukhusvistelse och depression vid 3 och 6 mån.			
M. J. De Jong, M. L. Chung, L. P. Jensen, m.fl. <i>A five- country comparison of anxiety early after acute myocardial infarction</i>			
2004.	Australien, USA, England, Sydkorea, Japan		
Sökning 2	Pubmed	Mätinstrument:	The Anxiety Subscale of the Breif Symptom Inventory
Deltagare: 912 st. AUS: 127 ENG: 144 JAPAN: 136 Syd KOREA: 128 USA: 377			
Medelålder: 61 år			
Patienter i alla länder upplevde höga ångestnivåer jämfört med friska individer.			
Efter kontroll och justering av sociodemografiska data sågs ingen signifikant skillnad mellan länderna.			
Medelnivå: Totalt: 0.62			
AUS: 0.54			
ENG: 0.47			
JAPAN: 0.66			
S. KOREA: 0.64			
USA: 0.69			



Kvalitativa.

Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M.

A qualitative study Perception of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction

2013 Sverige

Sök 3

Cinahl

Deltagare: 20 st. 14 män 6 kvinnor

Ett förändrat liv och att behöva acceptera detta. Ett år efter hade de flesta accepterat sin situation.

Ångestkänslor och en misstro till den förändrade kroppen. Begränsade sitt liv. Påverkan på det sociala. En känsla av förlorad kontroll. Undvek att vara ensam på grund av mörka tankar. Många hade ändå kommit över det värsta av sin ångest och rädsla ett år efter händelsen.

Att acceptera eller glömma händelsen. Att prata om den kändes som det bästa vapnet mot ångest för många. Efter ett år förstod de att de psykologiska reaktionerna var normala. (dessa hade haft mentorer)

De utan mentorer hölls sig fortfarande till att endast planera kort in i framtiden. De kunde känna sig misslyckade då de trodde andra klarade av att hantera hjärtattacken bättre. Vissa föredrog att inte alls prata om det utan ville inte alls ha något att göra med hjärtattacken.

Alla uttryckte ett missnöje med eftervården, att de inte fått information om de psykologiska konsekvenserna.

Viktigt med stöd från, familj, vänner, en mentor. Uppskattat att kunna prata med andra i samma situation. En ny syn på livet. Vissa kände tacksamhet över vad som hänt då det hjälpt dem värdera livet högre och göra förändringar.

E. Kazimiera Andersson, G. Borglin & A. Willman.

The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction

2013 Sverige

Sökning: 2

Cinahl

Deltagare: 17 st.

6 kvinnor 11 män.

Att få ett MI upplevdes som en traumatisk händelse, med onormal trötthet och konstant rädsla och oro. Kände sig under konstant hot.

Att få ett MI kunde upplevas som att livet tog en hel U-sväng, det vill säga, existentiella, mentala, fysiska och sociala fick en ny vändning och att deltagarna kämpade för att återskapa sina tidigare liv.

livet efter MI ofta inneburit för många mycket mental och fysisk trötthet, som ibland var ohanterbart. Dagliga aktiviteter som kändes lätt att utföra innan MI kändes som mycket svårt att utföra nu.

Upplevelsen av kontant brist på mental och fysisk energi ledde uppenbara begränsningar i livet. minskade utflykter med barnen, antal träffar med vänner och familjemedlemmar

Rädslan av att dö eller att få en MI var uppenbar hos deltagarna. de var rädda att få en dödlig MI nästa gång. Rädslan av fysisk ansträngning, särskilt i förhållande till äktenskapliga livet gav en mycket negativ effekt i livet.

Deltagarna beskrev att inte kunna ha samlag och rädslan av att inte kunna återuppta ett normalt sexliv, ledde till värdelöshet. Deltagarna indikerade att MI skapade många fysiska och mentala problem såsom försämrade sömn, mardrömmar och rädslan av att dö i sömnen ledde en konstant fatigue och påverkade dagliga livet mycket negativt.

Känslan av stress, plötsliga humörsvägningar såsom irritation och ilska ledde till ånger, skuld och brist på förtroende för sin egen kropp.