

Självständigt arbete på grundnivå

Independent degree project – first cycle

Omvårdnad C 15 hp

Nursing Science 15 credits

Upplevelser hos anhöriga till patienter som drabbats av hjärtinfarkt

Johan ström

Robin Johansson



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

Abstrakt

Bakgrund: Utskrivning till hemmet av patienter med hjärtinfarkt sker ganska fort och ansvaret för vård och omsorg läggs då över på anhöriga vilket kan leda till obehag eller osäkerhet då de har bristfällig kunskap inom området. Hjärtinfarkten bidrar till stora förändringar i det dagliga livet för de anhöriga och patienten, vilket kan komma att påverka deras livssituation. **Syfte:** Att belysa hur anhöriga till patienter som drabbats av hjärtinfarkt upplevde omhändertagandet samt hur det är att leva med denna person. **Metod:** Databasinsamling till studien genomfördes i form av litteraturoversikt. Vetenskapliga artiklar inom ämnet söktes på internationella referensdatabaser. I sökningen identifierades 15 artiklar relevanta till studiens syfte. Innehållet i de inkluderade artiklarna sorterades och sex olika kategorier identifierades. **Resultat:** De sex identifierade kategorierna är: Vikten av information från sjukvården till anhöriga, olika former av stöd till anhöriga, anhörigas upplevelser och tolkningar av tiden efter partners hjärtinfarkt, påverkan i den sexuella relationen hos anhöriga efter en hjärtinfarkt, anhörigas känslor av att inte få vara delaktig i sin partners vård, den anhörigas och partners olika syn på framtiden **Diskussion:** Bristen av information till de anhöriga efter att deras närstående har drabbats av en hjärtinfarkt var något som genomsyrade hela resultatet. **Slutsats:** Bra och tydlig information är avgörande för hur de anhöriga ska känna förtroende för både sig själva som kommande vårdare och hälso- och sjukvården.

Nyckelord: Anhöriga, hjärtinfarkt, information, upplevelser.

MITTUNIVERSITETET

Institutionen för hälsovetenskap

Examinator: Mats Jong, mats.sjoling@miun.se

Handledare: Hans Feldt, hans.feldt@miun.se

Författare: Johan Ström, jost1012@student.miun.se, Robin Johansson, rojo1103@student.miun.se

Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Huvudområde: Omvårdnad C, 15 hp

Termin, år: 6, 2013

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	s. 1
1.2. Syfte	s. 3
2. Metod	s. 3
2.1. Litteratursökning	s. 3
2.2. Inklusionskriterier	s. 3
2.3. Exklusionskriterier	s. 3
2.4. Urval och granskning	s. 4
2.5. Analys	s. 4
2.6. Tabell 1 – Sökvägar i Pubmed	s. 5
2.7. Tabell 2 – Sökvägar i CINAHL	s. 6
3. Etiska överväganden	s. 4
4. Resultat	s. 7
4.1. Vikten av information från sjukvården till anhöriga	s. 7
4.2. Olika former av stöd till anhöriga	s. 8
4.3. Anhörigas upplevelser och tolkningar av tiden efter partners hjärtinfarkt	s. 8
4.4. Påverkan i den sexuella relationen hos anhöriga efter en hjärtinfarkt	s. 10
4.5. Anhörigas känslor av att inte få vara delaktig i sin partners vård	s. 10
4.6. Den anhörigas och partners olika syn på framtiden	s. 11
5. Diskussion	s. 11
5.1. Resultatdiskussion	s. 11
5.2. Metoddiskussion	s. 13
6. Slutsats	s. 14
7. Referenslista	s. 15
8. Bilagor	
8.1. Bilaga 1; Tabell 3 - Artikelöversikt	
8.2. Bilaga 2; Granskningsmall	

1. Bakgrund

Hjärt- och kärlsjukdomar är vanligt förekommande hos den svenska befolkningen. År 2011 var dödligheten i denna sjukdom högst av alla enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2012). Även Hjärt- och lungfonden klassar denna sjukdom för att vara den vanligaste dödsorsaken i Sverige, cirka 32 000 människor drabbas/år (Hjärt- och lungfonden, 2012). Dödligheten i hjärtinfarkt har dock minskat under de senaste 20 åren. Under bara 2008-2010 så har den minskat med 17 procent hos kvinnor och 14 procent hos män (Socialstyrelsen, 2011). Sjukdomen har kommit att klassas som en folksjukdom och drabbar kvinnor som män. Det är dock vanligare att kvinnorna drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar senare i livet. Hjärtvården i dag baseras på forskning kring männens situation och deras hjärtan, då det utförs mer forskning på dem (Hjärt- och lungfonden, 2011).

Den bakomliggande faktorn till hjärtinfarkt är instabilt plack som bildas genom ateroskleros. Ateroskleros angriper intiman, det sker en fibrosutveckling på grund av (p.g.a.) inlagring av inflammatoriska celler samt lipider som leder till antingen stabilt eller instabilt plack.

Instabila plack har en benägenhet att brista till motsats av stabilt.

När instabila plack brister kan detta vara en utlösande faktor för en hjärtinfarkt (Vasko, 2007, s. 67-86). Vid bristning av placket frigörs trombogena faktorer som då startar en koagulationsprocess som i sin tur startar en process av fibrinolys (Henriksson & Rasmusson, 2008, s. 176, Vasko, 2007, s. 67-86).

Blodcirkulationen till hjärtmuskeln kan då plötsligt avstanna p.g.a. att en trombos täpper till ett kranskärl. Detta leder till syrebrist i muskelcellerna och ger då en irreversibel åkomma så kallad hjärtinfarkt. (Vasko, 2007, s. 67-86).

Svåra sjukdomar som hjärtinfarkt kan komma att påverka hela familjen. Utvecklingen av dagens behandlingar inom hjärtvården har gått framåt och blivit mer effektiva, dock behöver patienter och deras familjer fortfarande möta stora utmaningar efter den akuta fasen av hjärtinfarkten. Detta leder till att anhöriga får en större stödjande roll när de behöver ta hand om sin partner i vardagen (Hall, Sanford & Demi, 2008).

För sjukvårdspersonal är det viktigt att förstå stödet som anhöriga behöver när en person drabbas av t.ex. hjärtinfarkt. Detta genom att de anhöriga kan påverka och vara delaktig i den sjukets rehabilitering från hjärtinfarkten.

Anhöriga kan känna att det största problemet som de upplever inom sjukvården är behovet av stöd. Sjuksköterskans roll är här att identifiera och assistera de anhöriga som inte har tillräckligt med stöd att tillgå (Theobald, 1996). Anhöriga, men även patienter, vill i sitt möte

med vårdpersonal se dem som en stabil punkt att kunna vända sig till när de känner sig helt blottade. Det är då viktigt att sjuksköterskan kan uppvisa trovärdighet och ge ett förtroende till de anhöriga (Gustafsson, Snellma & Gustafsson, 2012).

Det handlar också om att kunna hantera anhörigas känslor, ta kontakt med stödverksamhet och att ge familjen information angående känslomässiga besvär när det kommer till hjärtinfarkt (Theobald, 1996).

Efter att patienten som drabbats av en sjukdom, till exempel (t.ex.) hjärtinfarkt, kommer hem från vårdinrättelsen så får dennes anhöriga en vårdanderoll vilket många inte tänker på utan ser detta som en självklarhet. Det här beteendet kan ofta ses som en naturlig del i en relation. Denna nya situation kan dock få både positiva samt negativa vändningar beroende på hur relationen var innan sjukdomen samt vilken hjälp man får utifrån.

Att ha ansvaret för en anhörig med nedsatt förmåga eller sjukdom kan vara både psykiskt och fysiskt jobbigt och det är många som axlar ett allt för stort ansvar samt tar på sig ett för stort omsorgsarbete (Socialstyrelsen, 2002).

Hall, Sanford och Demi (2008) tar upp detta i sin studie av närstående till personer med hjärtinfarkt och menar att eftersom det idag blir färre sjukhusdagar och patienterna kommer hem snabbare så läggs ansvaret över snabbare på anhöriga och de kan då känna ett obehag eller osäkerhet då de har bristfällig kunskap inom området. Hall, Sanford och Demi beskriver det som att anhöriga saknar den professionella rådgivningen från hälso- och sjukvårdspersonalen.

Informationen från vården till anhöriga när någon har drabbats av en hjärtinfarkt kan vara bristfällig, frågor och funderingar kan lätt uppstå och bilda en obehagskänsla och en osäkerhet i vad som komma skall (Ivarsson, Larsson, Johnsson, Lührs & Sjöberg, 2008; Salminen-Tuomaaala, Åstedt-Kurki, Rekiaro & Paavilainen, 2012). Det är därför av stor vikt för sjukvårdspersonal att informera och ge stöd till anhöriga för att rehabiliteringen och samlevnad efter hjärtinfarkten ska bli gynnande. Med hjärtinfarkten kommer stora förändringar i det dagliga livet för de anhöriga och patienten. Det kan komma att påverka deras livssituation och skapa fysiska, kognitiva, sociala och känslomässiga utmaningar. Anhöriga hamnar i nya roller och funktioner som tidigare kan ha präglats av patienten (Salminen-Tuomaaala et. al., 2012; Theobald, 1996). Hur en hjärtinfarkt påverkar livssituationen samt upplevelser och känslor hos de anhöriga är en viktig del att belysa inom hälso- och sjukvården för att kunna bistå med information och stöd till patient och anhöriga.

1.2. Syfte

Syftet med denna litteraturoversikt är att belysa upplevelsen av att vara anhörig till partner som drabbats av hjärtinfarkt.

2. Metod

Metoden till denna studie var i form av en litteraturoversikt. Friberg (2012) menar att vid en litteraturoversikt söks vetenskapliga artiklar inom ämnet, därefter sammanställs resultatet till studien. Dessa artiklar granskades och analyserades innan användning i studien.

2.1. Litteratursökning

Vi har sökt artiklar genom databaserna PubMed och CINAHL with full text.

Sökorden för PubMed var MESH-termerna: Myocardial infarction, angina pectoris samt i fritext: Experiences, relatives, next of kin, family och spouses. För CINAHL var det samma sökord förutom angina pectoris. Major Heading i CINAHL var myocardial infarction.

Ytterligare information samt hur sökningarna gick till hittas i tabell 1 samt tabell 2.

2.2. Inklusionskriterier

- Artiklar publicerade mellan 2002-2012.
- De ska innehålla upplevelser från anhöriga till patienter som drabbats av hjärtinfarkt.
- Skrivna på engelska.
- Studierna ska innehålla abstrakt.
- Att de är etiskt granskade, alternativt gör etiska överväganden.

2.3. Exklusionskriterier

- Utesluter artiklar som kostar pengar.
- Är inte publicerade mellan 2002-2012.
- Studierna tar inte upp någon undersökning av patienter med hjärtinfarkt.
- De är skrivna på andra språk än engelska.
- Inkluderar inte upplevelser från anhöriga.
- Innehåller inte något abstrakt.
- Review artiklar.
- Låg kvalitet.

2.4 Urval & granskning

Enligt Friberg (2012) beskriver han i sin bok, dags för uppsats, hur tillvägagångssättet för urvalet går till, artiklarnas titlar läses först, var dessa intressanta läses abstrakten och stämde de överrens med studiens syfte läses resultatdelen i artiklarna. Ungefär 850 titlar lästes under sökningarnas gång, flera titlar återkom under de olika sökningarna. Resterande information om hur många lästa abstrakts samt resultat som lästes går att utläsa ur tabell 1 samt 2.

Artiklarna har kritiskt granskats utifrån syftet i denna litteraturöversikt. För att bedöma kvaliteten på dessa användes en granskningsmall inspirerad av Hellzén, Johansson & Pejler (1999), denna medföljer som bilaga 2. I denna mall anges en skala med hög, medel samt låg tillförlitlighet. För att avgöra kvaliteten bestämde författarna att ett till två nej/bortfall under granskningen blev hög, tre till fyra – medel samt fem till sex nej/bortfall ger låg tillförlitlighet. Efter urvalet av artiklar kopplade till syftet och granskningen var det 5 stycken (st.) som exkluderades antingen p.g.a. för låg kvalitet eller att artiklarna inte tog upp det som ansågs vara relevant för studien.

I tabell 3, bilaga 1, kan kort information av artiklarna inkluderade i denna litteraturöversikts resultat läsas i form av en matris. Friberg (2012, s.140) menar att en sammanställning av inkluderade artiklar överförda till en matris kan ge en lättare överblick samt ge en uppfattning om resultatet har uppfattats korrekt, detta i sin tur stärker validiteten i studien.

Totalt femton artiklar inkluderades för att ingå i resultatdelen i denna studie.

2.5. Analys

De femton artiklar som blev inkluderade i litteraturöversikten analyserades genom att läsa dessa flera gånger. För att få en tydlig uppfattning lästes artiklarna av båda författarna på olika platser för att sedan stråla samman och fastställa likheter i artiklarna för att sammanställa dessa och få fram lämpliga kategorier till huvudfynden, detta utfördes enligt Friberg (2012, 141).

3. Etiska överväganden

Artiklarna i litteraturöversikten har etiskt godkännande från närliggande etiska kommittéer, vilket inkluderar att de medverkande, patienter som anhöriga, är anonyma samt har en autonomi att kunna avsluta sitt medverkande allt eftersom studien fortgår.

Tabell 1. Översikt av artikelsökning.

Innehållandes vilken sökmotor/databas, datum för sökning, begränsningar, antal träffar/sökning, abstrakts lästa samt hur många artiklar som har inkluderats i urval 2 och analyserades, exkluderade vid granskning (urval 3) visar på hur många artiklar som togs bort efter analysen.

Sökord: Fet stil är **mesh**-termer och *kursiv* är fritext.

Sökning	Sökmotor	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Abstrakts lästa	Resultat lästa	Artiklar	Exkluderade granskning
#1	Pubmed	2013-02-02	Myocardial infarction [Mesh Major Topic]	Inga	184994	0	0	0	
#2	Pubmed	2013-02-02	Angina pectoris [Mesh Major Topic]	Inga	49072	0	0	0	
#3	Pubmed	2013-02-02	<i>Experiences</i>	Inga	108586	0	0	0	
#4	Pubmed	2013-02-02	<i>Relatives</i>	Inga	833074	0	0	0	
#5	Pubmed	2013-02-02	<i>Next of kin</i>	Inga	920	0	0	0	
#6	Pubmed	2013-02-12	<i>Spouses</i>	Inga	11360	0	0	0	
#7	Pubmed	2013-02-12	Family	Inga	814130	0	0	0	
	Pubmed	2013-02-02	#1 AND #3 AND #4 OR #5	Inga	949	0	0	0	
	Pubmed	2013-02-02	#1 AND #3 AND #4 OR #5	Abstracts available, 10 years, English	438	50	10	9	2
	Pubmed	2013-02-02	#2 AND #3 AND #4 OR #5	Inga	931	0	0	0	
	Pubmed	2013-02-02	#2 AND #3 AND #4 OR #5	Abstracts available, 10 years, English	431	43	10	4	2
	Pubmed	2013-02-12	#1 AND #7 AND #3	Inga	47	0	0	0	
	Pubmed	2013-02-12	#1 AND #7 AND #3	Abstracts available, 10 years, English	27	3	1	1	0
	Pubmed	2013-02-12	#1 AND #7 OR #6 AND #3	Inga	633	0	0	0	
	Pubmed	2013-02-12	#1 AND #7 OR #6 AND #3	Abstracts available, 10 years, English	421	42	8	3	0

Tabell 2. Översikt av artikelsökning.

Innehållandes vilken sökmotor/databas, datum för sökning, begränsningar, antal träffar/sökning, abstrakts lästa samt hur många artiklar som har inkluderats i urval 2 och analyserades, exkluderade vid granskning (urval 3) visar på hur många artiklar som togs bort efter analysen.

Sökord: Fet stil är **mesh**-termer och *kursiv* är fritext.

Sökning	Sökmotor	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Abstrakts lästa	Resultat lästa	Artiklar	Exkluderade granskning
#1	CINAHL with Full Text	2013-02-02	Myocardial infarction [MJ]	Inga	13968	0	0	0	
#2	CINAHL with Full Text	2013-02-02	<i>Relatives</i>	Inga	5556	0	0	0	
#3	CINAHL with Full Text	2013-02-02	<i>Next of kin</i>	Inga	293	0	0	0	
#4	CINAHL with Full Text	2013-02-02	<i>Experiences</i>	Inga	49288	0	0	0	
#5	CINAHL with Full Text	2013-02-19	<i>Information</i>	Inga	205615	0	0	0	
	CINAHL with Full Text	2013-02-03	#1 AND #2 OR #3 AND #4	Inga	94	0	0	0	
	CINAHL with Full Text	2013-02-03	#1 AND #2 OR #3 AND #4	Abstracts available, 2002-2012, English	58	3	1	1	1
	CINAHL with Full Text	2013-02-04	#1 AND #4 OR #3 AND #2	Inga	202	0	0	0	
	CINAHL with Full Text	2013-02-04	#1 AND #4 OR #3 AND #2	Abstracts available, 2002-2012, English	116	5	1	1	0
	CINAHL with Full Text	2013-02-19	#1 AND #4	Inga	158	0	0	0	
	CINAHL with Full Text	2013-02-19	#1 AND #4	Abstracts available, 2002-2012, English	84	6	2	2	1
	CINAHL with Full Text	2013-02-19	#1 AND #5 AND #2	Inga	7	0	0	0	
	CINAHL with Full Text	2013-02-19	#1 AND #5 AND #2	Abstracts available, 2002-2012, English	4	1	1	1	0

4. Resultat

Till detta resultat inkluderades femton artiklar och tio av dessa kom från Sverige, två från England, en från Finland, en från Kina och en artikel från Irland. Efter urval samt granskning av dessa femton artiklar framkom sex olika kategorier vilka är:

- Vikten av information från sjukvården till anhöriga
- Olika former av stöd till anhöriga
- Anhörigas upplevelser och tolkningar av tiden efter partners hjärtinfarkt
- Påverkan i den sexuella relationen hos anhöriga efter en hjärtinfarkt
- Anhörigas känslor av att inte få vara delaktig i sin partners vård
- Den anhörigas och partners olika syn på framtiden

4.1. Vikten av information från sjukvården till anhöriga

Enligt Astin, Atkin och Darr (2007) följs de Europeiska familjerna samman till sjukhusbesöken där båda parter, patient som anhörig, får ta del av informationen samt att de kan diskutera detta på plats med professionell vårdpersonal.

Många patienter hävdar att när de blir utskrivna från sjukhuset så kommer de inte ihåg någonting från början av att de drabbades av hjärtinfarkt. Vid utskrivningen så skulle dessa personer velat lära sig mer om denna sjukdom och hur den går att förebygga. Information om sjukdomen är viktig (Wang, Thompson, Chair & Twinn, 2007). Med tanke på att de då följs samman och båda parterna får samma information så kan detta betyda att anhöriga förstår situationen bättre samt kan ge ett gott stöd till den drabbade under hela tiden patienten vårdas (Astin, Atkin & Darr, 2007). McLean och Timmins (2007) beskriver att anhöriga kan se informationen som en hög med papper och vid detta tillfälle ha svårt att ta in det som är av vikt. Det är många som anser att vårdpersonalen ska sätta sig ner och samtala om sjukdomen och lyfta det viktiga, begränsa informationsdelen, och på det sättet också få igång en diskussion. Stor vikt ligger i att inte bara patienten får information utan också att anhöriga får ta del av den. De får då ett större självförtroende att agera på ett säkert sätt i olika situationer, t.ex. vad deras partners skulle klara av efter sjukdomen och vad de ska undvika.

Bortfall av information kan ge anhöriga en känsla av att de blir förbisedda och detta kan resultera i osäkerhet över vem de ska vända sig mot om någon närstående skulle drabbas igen (Ivarsson, Sjöberg & Larsson, 2004; Kazimiera Andersson, Borglin, Sjöström-Strand &

Willman, 2012). Kazimiera Andersson et. al. (2012) menar att anhöriga ofta vände sig till internet för att hitta meningsfull och relevant information men att de snabbt insåg att det var en väldigt svår uppgift med tanke på den mängd information som finns på internet.

Språkförbistringar kan vara ytterligare ett problem för anhöriga och de i sig kan då resultera i informationsbortfall, felaktig information eller undanhållande av information (Astin, Atkin & Darr, 2007). Flertalet anhöriga instämde i att flera informationskällor så som en telefonlinje till sjuksköterskor skulle upprättas för att ge självförtroende och stöd efter utskrivning (McLean & Timmins, 2007).

4.2. Olika former av stöd till de anhöriga

Det finns en mängd olika sätten att söka hjälp och stöd, det kan vara genom andra som har varit med om samma upplevelse, genom att aktivera sig både med eller utan sin närstående (Ivarsson, Sjöberg & Larsson, 2004) och genom att söka information på internet eller genom andra medier (McLean & Timmins, 2007).

En anställning och ett arbete att gå till med stöd från sina kollegor och sin chef kunde underlätta livstillvaron, att tillfälligt vara borta från jobbet och att det accepterades kunde även det vara till stor hjälp för den anhöriga till den drabbade (Ivarsson, Sjöberg & Larsson, 2004).

Vid symptom eller nyblivna symptom hos en patient så kontaktade de oftast en anhörig och denne kontaktade i sin tur ytterligare en släkting innan de sökte sjukhuset (Henriksson, Lindahl & Larsson, 2007).

Familjemedlemmar ansåg att det var viktigt att avlasta patienterna de första veckorna genom att minimera stressande situationer samt fysiskt arbete. De anhöriga fick dock ta kontakt med professionella instanser för att få eget stöd samt tala ut eftersom vissa blev chockade, rädda, fick ångest och led av negativa tankar. Anhöriga sökte också stöd för att få hjälp med finansiering då de hade givit upp arbetet för att göra ett så effektivt jobb som vårdare i hemmet (Astin, Atkin & Darr, 2007). Anhöriga tog direkt kontakt med sjukvården och vissa tog kontakt med akuten eftersom de inte längre befann sig i en situation som de kunde hantera. Detta var då den enda livlinan de hade (Johansson, Swahn & Strömberg, 2007).

4.3. Anhörigas upplevelser och tolkningar av tiden efter partnerns hjärtinfarkt

Anhöriga har oftast en positiv syn på livsstilsförändringarna som kommer med hjärtinfarkten. En rädsla som kunde uppstå vid förändringarna var när de anhöriga försökte stötta den drabbade personen utan någon framgång vilket kunde upplevas som ett misslyckande. Ibland genomförde den drabbade livsstilsförändringar oavsett om den anhörige/anhöriga var

delaktiga eller inte (Kärner, Dahlgren & Bergdahl, 2003). Vid förändringar av livsstilen och vardagsituationen kunde anhöriga behöva göra omställningar i arbetet och i hemmet.

Anhöriga påpekade att ta hand om t.ex. besökande som kom, kunde upplevas som stressande (Webster, Thompson & Mayou, 2002).

Hjärtinfarktpatienter som har kommit hem från sjukhuset kunde se att anhöriga tog tid från jobbet för att vara hemma och ta hand om dem. Familjer är mer benägna att vilja ge fysiskt stöd i början av rehabiliteringen genom att t.ex. inte låta patienten ta buss eller gå. Detta kan i sin tur leda till konflikter på grund av att den drabbade ville sträva efter att bli självständig igen. Tanken att minimera risken för att den drabbade ska utsättas för en stressande situation var något som de anhöriga kunde utveckla praktiska steg för (Astin, Atkin & Darr, 2007).

En vanlig åtgärd i hushållet var t.ex. att anhöriga undvek att prata om ohälsa eller fördröjde information eftersom det kunde vara upprörande och skapa stress (Svedlund & Danielson, 2003; Astin, Atkin & Darr, 2007). Anhöriga upplevde också att de fick dåligt samvete om den drabbade behövde utföra hushållsarbeten eller andra arbeten som kunde skapa stress (Lukkarinen & Kyngäs, 2003).

När det kommer till kostomställningar upplevde anhöriga att det var svårt att uppmuntra patienten att hålla fast vid sin matomställning (Astin, Atkin & Darr, 2007).

En negativ attityd till kostomställningen kunde också ses hos anhöriga. De anhöriga upplevde det som besvärligt att laga olika maträtter och valde då att anpassa sig till den drabbades kost trots att de inte tyckte om maten (Kärner, Dahlgren & Bergdahl, 2003). Arenhall, Kristofferzon, Fridlund, Malm och Nilsson (2010) tar upp i sin studie att anhöriga blev mer medvetna om hur deras egna beteenden påverkade hälsan och livet. Att behöva leva med den drabbade innebar att de anhöriga började relatera till livets slut vilket bidrog till att de ville äta hälsosammare och motionera mer.

Fysisk aktivitet kunde ses mer hos personer som hade anhöriga som var fysiskt aktiva. En konflikt mellan den drabbade och anhöriga kunde uppstå när personen brast i sin motivation till aktivitet trots sitt fulla stöd från de anhöriga. Rehabiliteringen kunde leda till att anhöriga upplevde en desperation över att få sina anhöriga att börja vara mer fysiskt aktiva igen samt att få dem att ta mer kontroll över sin rehabilitering (Astin, Atkin & Darr, 2007). Under rehabiliteringen fick anhöriga ta mer ansvar och stötta patienten i de dagliga situationerna. Rädslan för att den drabbade ska få en ny hjärtinfarkt eller ont i bröstet kan dock leda till ett överbeskyddande beteende där den drabbade inte får vara delaktig i det dagliga hushållsarbetet (Svedlund & Danielson, 2003).

4.4. Påverkan i den sexuella relationen hos anhöriga efter en hjärtinfarkt

En del anhöriga på frågan om samlag och sexuella aktiviteter avstod att svara då de inte ville riskera att sin partner kände sig sämre psykiskt eller att äventyra dennes hälsa på ett negativt sätt genom att det blev för ansträngande. Män vars partner hade drabbats av hjärtinfarkt kände frustration över att de inte längre kunde nå fram sexuellt, de hade svårt att acceptera sitt nya sexliv. De ansåg också att deras maka hade blivit annorlunda efter hjärtinfarkten och detta blev som ett hinder för de och den sexuella upphetsningen uppstod inte på samma sätt som innan sjukdomen (Arenhall et. al., 2010a). Arenhall, Kristofferzon, Fridlund och Nilsson (2010b) tar upp i sin studie att även kvinnor fick anpassa sig till sin partners sexualdrift samt dennes funktion. De fick också upplevelsen av att den sexuella driften hos deras partner avtog efter hjärtinfarkten och att de fick arbeta mer under akten för att de ville tillfredsställa, men under så liten ansträngning som möjligt hos den drabbade.

4.5. Anhörigas känslor av att inte få vara delaktig i sin partners vård

När en familjemedlem drabbas av en hjärtinfarkt tar livet en oväntad vändning. Anhöriga till den drabbade kommer att behöva ta ansvar för välbefinnandet hos denne vilket kan upplevas som fysisk och psykiskt ansträngande (Kazimiera Andersson, Borglin, Sjöström-Strand & Willman, 2012; Eriksson, Asplund & Svedlund, 2009). Anhöriga kan känna att de inte blir delaktiga i vad som händer runt om kring den drabbade samt att sjukvårdspersonal inte gör dem delaktiga i beslutsfattanden. Detta leder till att anhöriga känner sig lämnade utanför. En anhörig uttryckte: (Kazimiera Andersson et. al., 2012)

” I found it very tough. You felt totally left out... you barely felt welcome. No information to the next of kin, I mean that’s really bad” (Kazimiera Andersson et. al., 2012, s. 4).

De anhöriga upplevde en brist vad gällde klara instruktioner om mediciner, fysisk aktivitet och hur de ska hantera sina egna känslor (Eriksson, Asplund & Svedlund, 2009). Känslan av att vården inte såg bortom hjärtinfarkten hos den drabbade och att sjukvårdspersonal inte bedrev en personcentrerad vård uttrycktes på följande sätt av en anhörig:

” I wish that healthcare professionals didn’t just see and focus on the heart attack... but instead acknowledged two human beings who were in need of empathy, intimacy and understanding in that particular situation” (Kazimiera Andersson et. al., 2012, s. 4).

4.6. Den anhörigas och partners olika syn på framtiden

Eriksson, Asplund och Svedlund (2010) tar upp att synen på framtiden kan variera mellan anhöriga och den drabbade. Anhöriga beskriver att de har en långsiktig syn på framtiden som består av fokus på relationen, existentiella och känslomässiga funderingar medan den drabbade har en mer kortsiktig syn där fokus ligger på hälsan och att vara självständig. I det stora hela kunde man se att drabbade och anhöriga hade liknande förhoppningar om framtiden som gick ut på att vänta och se vad som kommer att hända. Anhöriga ansåg att det kommer att finnas begränsningar och att vägen till förbättring är lång.

Då den finansiella situationen ändrades på grund av att den drabbade inte kunde arbeta mer innebar en osäkerhet om livet såväl som en stor stress för de anhöriga (Lukkarinen & Kyngäs, 2003).

Eriksson, Asplund & Svedlund, (2010) visar dock att många av de anhöriga har en hoppfull och optimistisk syn på framtiden och längtar efter ett normalt vanligt liv igen. Att leva så normalt som möjligt med rutiner och att få sova gott, arbeta och göra vanliga vardagliga saker var något som önskades och som också användes som mål att sträva efter. Andra anhöriga hade dock inte lika höga förhoppningar och önskade att få glömma situationen för en stund. En anhörig uttryckte sig:

” One cannot keep thinking of illness all the time and we try to live as close to normally as possible ” (Eriksson, Asplund & Svedlund, 2009, s. 271).

5. Diskussion

5.1. Resultatdiskussion

Bristen av information till de anhöriga efter att deras närstående har drabbats av en hjärtinfarkt var något som genomsyrade hela resultatdelen. Detta är den viktigaste delen av studien, anser vi, och när det kommer till tillämpning av praktiskt betydelse.

Enligt Ivarsson, Larsson, Lührs och Sjöberg (2011) så är information en viktig del för att anhöriga ska få tillit och förtroende till hälso- och sjukvården. Skulle anhöriga få en mer tydlig information om den drabbades situation och sjukdomsbild skulle de få en mer positiv eller negativ uppfattning av vården. Information är en stor samt viktig del att få ta del av i och med en sjukdom som hjärtinfarkt, för att kunna bringa frid och lugn hos patienter och anhöriga. McLean och Timmins (2007) och även Ivarsson, Sjöberg och Larsson (2004) styrker detta i resultatet.

Resultatet tar upp att anhöriga vill ha information om hur hjärtinfarkten påverkar den

drabbade. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal delar med sig av sin kunskap för att anhöriga lättare ska kunna förstå och hjälpa den drabbade senare i rehabiliteringen och detta i sin tur ger en ökad förståelse i hemmet. Språkförbistring på grund av att den sjuke samt den anhörige har ett annat modermål än vistelselandet är ett problem vid delgivning av information, internet kan då vara en informationskälla för många när man upplever informationen som svårtillgänglig. Det är ett lätt sätt att få tag på information, men det är också ett sätt att få tag på felaktig (information) och ibland för mycket information som inte alltid behöver stämma överens med verkligheten.

Att inte få ta del av nödvändig information kan leda till en onödig stress och oro för båda parter (Ivarsson et. al., 2011; Condon & McCarthy, 2005).

Bristen av information och vilken effekt det har för de anhöriga återspeglas också i våra andra huvudfynd.

Det sociala nätverket på en arbetsplats kan vara av förlösande karaktär då man som anhörig kan komma att tänka på något annat än situationen gällande sin partner, vilket också stöds av Ivarsson, Sjöberg och Larsson (2004). Andra som har tappat det sociala nätverket via arbetslivet har möjligheten att söka stöd på annat håll i form av aktiviteter eller i föreningar med mera. Hälso- och sjukvårdens fokus mot patienten är god eftersom viss uppföljning sker. Stödet till de anhöriga från den professionella sidan är något som inte får glömmas bort och måste förbättras. Vid uppföljning av patienten kan sjukvården möjligen ta kontakt med anhöriga för att se hur de hanterar situationen. Enligt Astin, Atkin & Darr, (2007) så behövde de anhöriga söka stöd själva vilket vi anser är en stor brist när ett enda samtal är så lätt att göra men så lätt att glömma.

Svedlund och Axelsson (2000) menar att rehabiliteringen kan innebära en väg tillbaka till ett så normalt liv som möjligt för den drabbade men också den anhöriga, detta styrks genom Astin, Atkin och Darr (2007).

Bristen av information var enligt resultaten en faktor som var av betydelse för en god rehabilitering. P.g.a. informationsbristen hos anhöriga så hade de inte kunskapen om hur den nya situationen i hemmet skulle hanteras med möjlig funktionsnedsättning hos den drabbade personen.

Condon & McCarthy (2005) tar upp att anhörigas omställning vid matlagning och försök till fysisk aktivitet var svårt att genomföra då alla inte var villiga eller hade motivationen till detta. Patienten som påverkades av hjärtinfarkten kan fortfarande ha svårt att inse att en

omställning av detta kan ge goda resultat i fortsättningen. Vilket också styrks av Astin, Atkin och Darr (2007) samt Kärner, Dahlgren och Bergdahl (2003).

I rädsla över att den drabbade ska lida av en ny hjärtinfarkt kan den intima relationen samt parets sexliv påverkas negativt, vilket kan vara en frustrerande period för många. Detta uppstår återigen många gånger av bristen på information och kunskap om behovet av fysisk aktivitet efter sjukdomen. Som i resultatet nämns det att de anhöriga kan känna en känsla av förändring hos sin partner och detta ge påverkan på den sexuella relationen. Därför kan professionell hjälp behövas för att hitta tillbaka till känslan innan sjukdomen.

Delaktigheten är också kopplad till bristfällig information. För att kunna ha en öppen och ärlig relation är detta en viktig del. Vi menar i likhet med Ivarsson et. al. (2011) att anhöriga måste få känna sig delaktiga i vården runt den drabbade för att kunna ta gemensamma beslut och sätta upp mål tillsammans utan att känna sig utelämnad.

Att behöva sitta och vänta på hur framtiden artar sig kan vara ett stort bekymmer (Löf, Sandström & Engström, 2010). Genom att anhöriga och den drabbade kan ha olika mål med framtiden kan den vardagliga planeringen falla genom att patienten tar dag för dag och den anhöriga har en mer långsiktig plan (Svedlund & Axelsson, 2000).

Ett gott samarbete mellan vårdpersonal, anhöriga och den drabbade kan leda till en bättre förståelse om hur framtiden kan bli och därigenom återfå fotfästet i vardagen.

5.2. Metoddiskussion

Första sökningen gjordes i Pubmed och där hittades också större delen av artiklarna till litteraturöversikten. Begränsningar som användes var bl.a. ”tio år” vilket användes för att ge en mer aktuell bild över dagens kliniska fynd. Till översikten användes endast artiklar där upplevelser hos anhöriga där den drabbade hade genomgått en hjärtinfarkt och ej artiklar med andra hjärtsjukdomar. Som inklusionskriterierna visar valde vi att ta med artiklar efter att de drabbats av hjärtinfarkten vilket då ger en mer tydlig och överensstämmande bild över hur det är att leva som anhörig med denna person. Vissa artiklar var dock gjorda på ett sätt som tog upp både patienternas och anhörigas upplevelser. Därför blev vi tvungna att vara noga med valet av information från artiklarna.

Vid urval av artiklar så finns tillvägagångssättet beskrivet i metoden. Dock så uppstod det vissa problem p.g.a. exklusionskriterierna. Många av artiklarna kostade pengar. Detta gjorde det svårare att hitta artiklar på slutet. Nya sökord lades då till för att vidga sökningen och dessa finns presenterade i tabell 1 och 2. (se datum för senare sökning). Vid

granskningsmomentet samt genomläsning av artiklarna gjordes detta av var och en för att få en så bred och komplett överblick som möjligt.

Vår studie hade fokus på upplevelser hos anhöriga vilket då resulterar i att kvantitativ forskning inte var attraktivt för oss eftersom kvalitativ forskning gav oss mer citat från anhöriga och mer beskrivna upplevelser.

Vi valde att inkludera artiklar som var av medelkaraktär eftersom i dessa artiklar så låg bortfallen i hur länge studien pågick samt vart och när den var utförd. Alltså ingenting som påverkade resultatet.

Tabellerna över sökvägarna är utformade så att det är en tabell för var sökmotor, detta för att få fram vår tankebana samt för att vara så detaljerad som möjligt. Genom dessa tabeller går det att utläsa våra sökningar på ett lättsamt sätt, få information om var artiklarna har samlats in och vilka sökord som gav bättre resultat än andra. Det ger också en överblick på vilken sökmotor som innehöll flest artiklar mot syftet i denna litteraturöversikt.

6. Slutsats

För anhöriga är, enligt vår studie, information av stor vikt. Att klara av vardagen med någon som drabbas av en irreversibel sjukdom som t.ex. hjärtinfarkt, som sedan kanske blir rädd att utföra sysslor och ansträngande moment kan vara påfrestande. Speciellt om information om tillvägagångssätt samt förslag på att bemöta sådana beteenden aldrig har delgivits de anhöriga. Detta i sin tur kan bli både fysiskt och psykiskt jobbigt eftersom arbetsfördelningen i hemmet förändras men möjligen även ekonomiskt då den drabbade kanske går ner i arbetstid samt att de anhöriga också går ner i tid för att vårda. Rädslan och ovissheten för att personen i fråga ska drabbas av en hjärtinfarkt återigen kan leda till ett överskyddande beteende och att de anhöriga inte vågar lämna kvar denne ensam i hemmet.

Vården i sig bör lägga mer fokus på de anhöriga då det också är med i den så kallade vårdkedjan. Bra och tydlig information är avgörande för hur de anhöriga ska känna förtroende för både sig själva som kommande vårdare och hälso- och sjukvården.

Vi anser att forskning med interventioner och kontrollgrupper bör utföras för att se om informationen till anhöriga gör någon skillnad i vidare vård.

Mer forskning behövs också för att belysa vikten av information och delaktighet till båda parter så att sjuksköterskorna med andra inom vården får upp ögonen över hur viktigt detta är.

7. Referenser

- * Arenhall, E., Kristofferzon, M-L., Fridlund, B., Malm, D., & Nilsson, U. (2010a). The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 108-114.
- * Arenhall, E., Kristofferzon, M-L., Fridlund, B., & Nilsson, U. (2010b). The female partners' experiences of intimate relationship after a first myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1677–1684
- * Astin, F., Atkin, K., & Darr, A. (2007). Family support and cardiac rehabilitation: A comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their carer's living in the United Kingdom. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 43-51
- Condon, C., & McCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37-44
- * Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2009). Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 267-273
- * Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2010). Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3485-3493
- Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gustafsson, L-K., Snellma, I. & Gustafsson, C. (2012). The meaningful encounter: patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care. *Nursing Inquiry*, DOI: 10.1111/nin.12013
- Hall, P., Sanford, J. T., & Demi, A. S. (2008). Patterns of decision making by wives of patients with life threatening cardiac disease. *Journal of Family Nursing*, 14(3): 347–362.
- Hellzén, O., Johansson, A., & Pejlert, A.(1999). Evidensbaserad omvårdnad- vid behandling av personer med schizofreni. (Rapport nr 4). Stockholm: SBU & SSF.
- * Henriksson, C., Lindahl, B., & Larsson, M. (2007). Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 280–286.

Henriksson, O., & Rasmusson, M. (2008). *Fysiologi med relevant anatomi* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Hjärt- och lungfonden. (2012). *Vad är hjärtinfarkt*. Hämtad Februari 11, 2013 från <http://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/>

Hjärt- och lungfonden. (2011). *Vad är kvinnors hjärtfel*. Hämtad Januari 05, 2013 från www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/hjartsjukdomar/kvinnors-hjartfel/

Ivarsson, B., Larsson, S., Johnsson, P., Lührs, C., & Sjöberg, T. (2008). From hope and expectation to unexpected death after cardiac surgery. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 242-250.

Ivarsson, B., Larsson, S., Lührs, C., & Sjöberg, T. (2011). Serious complications in connection with cardiac surgery - Next of kin's views on information and support. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 331-337

* Ivarsson, B., Sjöberg, T., & Larsson, S. (2004). Waiting for cardiac surgery - support experienced by next of kin. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 145-152.

* Johansson, I., Swahn, E., & Strömberg, A. (2007). Spouses' conceptions of the pre-hospital phase when their partners suffered an acute myocardial infarction - A qualitative analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 182-188.

* Kazimiera Andersson, E., Borglin, G., Sjöström-Strand, A., & Willman, A. (2012). Standing alone when life takes an unexpected turn: being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x.

* Kärner, A. M., Dahlgren, M. A., & Bergendahl, B. (2003). Rehabilitation after coronary heart disease: spouses' views of support. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 204-211.

* Lukkarinen, H., & Kyngäs, H. (2003). Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 189-194.

Löf, S., Sandström, A., & Engström, Å. (2010). Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1760-1768.

* McLean, S., & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 141-50.

- Salminen-Tuomaala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M., & Paavilainen, E. (2012). Spouses' coping alongside myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 0(0) 1-10.
- Socialstyrelsen. (2002). *Anhörig 300*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad Februari 11, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2002/2002-124-15>
- Socialstyrelsen. (2011). *Kraftig minskad dödlighet i hjärtinfarkt*. Hämtad Februari 11, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011november/kraftigtminskaddodligheti hjartinfarkt>
- Socialstyrelsen. (2012). *Dödsorsaker 2011*. Hämtad Januari 05, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-30>
- Svedlund, M., & Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 256-265
- * Svedlund, M., & Danielson, E. (2003). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 438-446.
- Theobald, K. (1996). The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 595-601.
- Vasko, P. (2007). Hjärt- kärlsjukdomar. I N. Grefberg & L-G. Johansson (Red.), *Medicinboken, Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Författarna och Liber AB; s. 55-142.
- * Wang, W., Thompson, D. R., Chair, S. Y., & Twinn, S. F. (2007). Chinese couples' experiences during convalescence from a first heart attack: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 307-315.
- * Webster, R. A., Thompson, D. R., & Mayou, R. A. (2002). The experiences and needs of Gujarati Hindu patients and partners in the first month after a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 69-76.

Bilaga 1.

Tabell 3 – Artikelöversikt. Innehållande överblick av inkluderade artiklar i litteraturstudiens resultat. Kvalitetsbedömning efter granskningsmall av Hellzén, Johanson & Pejler (1999). Tabellen innehåller information om författare, årtal, land, studiens syfte, design, intervention, instrument, deltagare, huvudfynd samt en liten kommentar gällande kvaliteten.

Författare Årtal Land	Studiens Syfte	Design/ Intervention/ Instrument	Deltagare (/Bortfall)	Huvudfynd	Kommentarer gällande kvalitet
Arenhall, E., Kristofferzon, M-L., Fridlund, B., Malm, D., & Nilsson, U. (2010a). Sverige.	Att utforska och beskriva mäns intima relation i förbindelse med och efter deras kvinnliga partner drabbats av sin första hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys. Beskrivande. Män blev intervjuades och intervjuerna startade med en fråga det varade mellan 14 min till 45min och spelades in på en minidisk. Sen transkriberades intervjuerna.	Män vars kvinnliga partner drabbats av hjärtinfarkt n=16 (n=65).	Män vars partner hade drabbats av hjärtinfarkt kände frustration över att dem inte längre kunde nå fram sexuellt, dem hade svårt att acceptera sitt nya sexliv.	Hög
Arenhall, E., Kristofferzon, M-L., Fridlund, B., & Nilsson, U. (2010b). Sverige.	Att utforska och beskriva kvinnors intima relation i förbindelse med och efter deras partner drabbats av sin första hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys. Beskrivande. Kvinnor intervjuades i deras hem eller på sjukhuset med en öppen dialog. Intervjuerna varade i 8-65 min och spelades in på en minidisk. Sen transkriberades intervjuerna.	Kvinnor vars partner drabbats av en hjärtinfarkt n=20 (n=108).	Kvinnor fick upplevelsen av att den sexuella driften hos deras partner avtog efter hjärtinfarkten och att dem fick arbeta mer under akten för att de ville tillfredsställa men under så liten ansträngning som möjligt hos den drabbade.	Hög
Astin, F., Atkin, K., & Darr, A. (2007). England.	Att utforska naturen av stöd som finns tillgängligt till en mängd Syd Asian och Vit-Europeiska hjärt patienter and to highlight similarities and differences between these groups with regard to cardiac rehabilitation and lifestyle modification.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Designen framgår ej. Semi-strukturerade intervjuer användes och spelades in på band. Intervjuerna varade mellan 60-90min.	Patienter och deras anhöriga n=119.	Vid diet förändringar upplevde anhöriga att det var svårt att uppmuntra patienten att hålla fast vid sin mat omställning.	Hög

Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2009). Sverige.	Att beskriva patientens och hans/hennes partners upplevelser efter utskrivning från sjukhus efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Longitudinell. Beskrivande. Innehållsanalys. Patienter och deras anhöriga intervjuades individuellt. Intervjuerna varade mellan 11 och 97 min och alla utom en var ljud tejpade.	Patienter som drabbas av hjärtinfarkt och deras anhöriga n=30.	Anhöriga har en hoppfull och optimistisk syn på framtiden och längtar efter ett normalt vanligt liv igen. Att leva så normalt som möjligt med rutiner och få sova gott, arbeta och göra vanliga vardagliga var något som önskades och som också användes som mål att sträva efter.	Hög
Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2010). Sverige.	Att beskriva och interpret pars tankar och upplevelser om deras framtida liv efter att ha utskrivits med en akut hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Longitudinell. Beskrivande. Innehållsanalys. Patient och anhörig blev intervjuades individuellt. Intervjuerna varade mellan 11-97min.	Patienter och deras anhöriga. n=30.	Anhöriga beskriver att de har en långsiktig syn på framtiden som består av fokus på relationen, existentiella och känslomässiga funderingar.	Hög
Henriksson, C., Lindahl, B., & Larsson, M. (2007). Sverige.	Att få en djupare förståelse om hur hjärtinfarkt patienter och deras anhöriga tänker och agerar under och efter symtom.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Innehållsanalys. Datainsamlingen gjordes via fokusgrupp intervjuer. Intervjuerna varade i 1 timme och spelades in.	Patienter och deras anhöriga n=27 (n=11).	Vid symtom eller nyblivna symtom hos en patient så kontaktade dem oftast en anhörig och denne kontaktade i sin tur ytterligare en släkting innan de sökte sjukhuset.	Hög
Ivarsson, B., Sjöberg, T., & Larsson, S. (2004). Sverige.	Att beskriva upplevelsen av stöd vid viktiga händelser av anhöriga medans deras partner väntade på en hjärtoperation.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Datainsamlingen gjordes via semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna vara mellan 10-39min och spelades in.	Anhöriga till patienter som väntar på hjärtoperation n=23.	Stöd kan komma från andra håll också. De som har kvar sin anställning och sitt jobb kunde känna stöd från kolleger eller chefen, bara att de kunde vara borta tillfälligt från jobbet utan att få skuld känslor var till hjälp.	Hög
Johansson, I., Swahn, E., & Strömberg, A. (2007). Sverige.	Att beskriva anhörigas upplevelser av den pre-hospitala fasen när deras partner drabbats av en akut hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Fenomenologisk ansats. Datainsamlingen gjordes via intervjuer som varade mellan 22-50min och spelades in.	Anhöriga där partnern drabbats av en akut hjärtinfarkt n=15.	Somliga av de anhöriga tog direkt kontakt med sjukvården och vissa tog kontakt med akuten eftersom de inte längre befann sig i en situation som dem kunde hantera. Detta var då den enda livlinan de hade.	Hög

Kazimiera Andersson, E., Borglin, G., Sjöström-Strand, A., & Willman, A. (2012). Sverige.	Att belysa upplevelser att vara en anhöriga mitt i livet till en närstående som drabbats av hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Fenomenologisk hermeneutisk ansats. Datainsamlingen gjordes med fokus intervjuer och 3 pilot intervjuer. Intervjuerna varade i ca 60min.	Anhöriga i mitten av livet till personer som drabbats av hjärtinfarkt. n=13 (n=3).	Anhöriga kan känna att de inte blir delaktiga i vad som händer runt om kring den drabbade samt att sjukvårdspersonal inte gör dem delaktiga i beslutsfattanden. Detta leder till att anhöriga känner sig lämnade utan för bilden.	Hög
Kärner, A. M., Dahlgren, M. A., & Bergendahl, B. (2003). Sverige.	Syftet med studien var att utforska anhörigas upplevelser av rehabiliteringens fasen av deras partners kranskärslsjukdom och att få deras synpunkter på stöd vid livsstilsförändringar.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Fenomenologisk. Semi-strukturerade intervjuer med uppföljningsfrågor användes. Intervjuerna spelades in och varade mellan 60-90min.	Anhöriga vars partner drabbats av hjärtinfarkt eller revaskularisering n=25 (n=24).	Anhöriga har oftast en positiv syn på livsstilsförändringen som kommer med hjärtinfarkten. De kan dock uppleva en rädsla vid förändringarna samt ett misslyckade när det försöker stötta den drabbade utan framgång.	Hög
Lukkarinen, H., & Kyngäs, H. (2003). Finland.	Att beskriva upplevelsen hos en person när en anhörig nyligen diagnoserats med kranskärslsjukdom samt att få kunskap som ger oss en bättre förståelse för livet med en kronisk sjuk och att utveckla utbildning och rehabilitering av både patient och anhörig.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Innehållsanalys. Enkäter med öppna frågor skickades ut.	Anhöriga till personer som drabbats av kranskärslsjukdom n=146 (n=97).	Anhöriga upplevde att de fick dålig samvete om den drabbade blev tvungen att utföra hushållsarbeten eller andra arbeten som kunde skapa stress.	Medel
McLean, S., & Timmins, F. (2007). Irland.	Att utforska anhörigas upplevelser av mottaget och begärd information efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Fenomenologisk. Datainsamlingen gjordes via fokusgrupper. Intervjuerna varade mellan 45-58 min och spelades in.	Partners till personer som drabbats av hjärtinfarkt n=15 (n=12).	Anhöriga kan se informationen som en hög med papper och vid detta tillfälle ha svårt att ta in det som är av vikt, det är många som anser att vårdpersonalen ska sätta sig ner och samtala om sjukdomen och lyfta det viktiga och begränsa delen information.	Medel
Svedlund, M., & Danielson, E. (2003). Sverige.	Att belysa meningen av levnads upplevelser i det dagliga livet efter en hjärtinfarkt, berättelser av drabbade kvinnor och deras partner	Kvalitativ studie. Beskrivande. Fenomenologisk hermeneutisk ansats. Individuella djup intervjuer gjordes med drabbad och partner, Intervjuerna spelades in och	Kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt och deras partner n=18.	Under rehabiliteringen får anhöriga ta mer ansvar och stötta patienten i de dagliga situationerna. Rädslan för att den drabbade ska få en ny hjärtinfarkt eller ont i bröstet kan leda till ett överbeskyddande beteende där patienten inte får vara delaktig i det dagliga	Hög

		varade mellan 25-80min. En kvinna ville inte bli inspelad. Notering togs av 2 intervjuer som varade mellan 45-50min.		hushållsarbetet.	
Wang, W., Thompson, D. R., Chair, S. Y., & Twinn, S. F. (2007). Kina.	Att undersöka kinesiska patienter och anhöriga upplevelser under tidig konvalescens från en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Fenomenologisk. Datainsamlingen gjordes via fokusgrupper. Intervjuer gjordes med öppna frågor och varade i ca 90min.	Anhöriga och deras partner som drabbats av hjärtinfarkt n=34.	De flesta paren upplevde att hjärtinfarkten var en positiv vändning för familjen som drog dem närmare varandra.	Hög
Webster, R. A., Thompson, D. R., & Mayou, R. A. (2002). England.	Att undersöka upplevelsorna och behov av Gujarati Hindu patienter och deras partner första månaden efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. Beskrivande. Innehållsanalys. Datainsamlingen gjordes vid semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna varade mellan 45-60min och spelades in.	Patienter som drabbats av hjärtinfarkt och deras anhöriga. n=35 (n=5).	Pågrund av livsstilsförändringen kan anhöriga behöva göra ändringar i arbetet och i hemmet. Att ta hand om t.ex. besökande som kom kunde upplevas som stressande.	Hög

Bilaga 2.

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

Titel:.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

Kvantitativa studier

- Urval:* Förfarandet beskrivet Ja Nej
- Representativt Ja Nej
- Kontext Ja Nej
- Bortfall:* Analysen beskriven Ja Nej
- Storleken beskriven Ja Nej
- Interventionen beskriven Ja Nej
- Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....

.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

- Är instrumenten -valida Ja Nej
- reliabla Ja Nej
- Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....

.....

.....

.....

.....