



Linneuniversitetet

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Uppsats omvårdnad 15 hp

Hälsorelaterad livskvalitet efter hjärtinfarkt

En litteraturstudie



Författare: Marcus Andersson &
Joel Magnusson
Termin: VT -11
Kurskod: 2OM340



Examensarbete omvårdnad 15 hp

Titel: Hälsorelaterad livskvalitet efter hjärtinfarkt

Författare: Marcus Andersson & Joel Magnusson

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtinfarkt är den vanligaste enskilda dödsorsaken i Sverige. Insjuknandet i hjärtinfarkt sker ofta plötsligt och är ofta förenat med svåra symtom som till exempel kraftiga bröstsmärtor, ångest och andnöd. Livskvalitet är ytterst individuellt vad individen värdesätter som för denne är värdefullt i sitt liv. Någon gång står varje människa inför ett outhärdligt lidande. Genom att bland annat se, respektera och bekräfta en individs lidande kan detta innebära en tröst för den lidande.

Syfte: Syftet var att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som drabbats av hjärtinfarkt och vilka faktorer som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten samt om det finns några hälsorelaterade livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor.

Metod: En systematisk litteraturstudie som baserades på nio vetenskapliga artiklar som granskades och analyserades.

Resultat: En generell försämring av hälsorelaterad livskvalitet hos både män och kvinnor sågs i de två huvudkategorierna fysiska och psykiska faktorer. Under de två huvudkategorierna framkom sex subkategorier som är: kroppslig smärta, fysisk aktivitet, fysisk hälsa, emotionell förmåga, social funktion och mental hälsa.

Slutsats: Generellt sett försämrades den hälsorelaterade livskvaliteten hos både män och kvinnor. Kvinnors hälsorelaterade livskvalitet försämrades mer inom de fysiska faktorerna jämfört med män. Det är av stor betydelse att sjuksköterskan ser och bekräftar dessa patienter för att på så sätt kunna förbättra deras hälsorelaterade livskvalitet.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, hälsorelaterad livskvalitet, lidande.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Hjärtinfarkt	1
Symtom	1
Diagnostik	2
Behandling	2
Förebyggande åtgärder/Riskfaktorer	2
Omvårdnad	3
Livskvalitet och hälsa	3
Lidande	4
Att uppleva lidande	4
Sjukdomslidande	5
Vårdlidande	5
Att lindra lidande	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Inklusions- och exklusionskriterier	8
Inklusionskriterier	8
Exklusionskriterium	8
Sökningsförfarande och urval	8
Kvalitetsgranskning	8
Analys	9
Etiskt övervägande	10
Resultat	10
Fysiska faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet	11
Kroppslig smärta	11
Fysisk aktivitet	11
Fysisk hälsa	12
Psykiska faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet	12
Emotionell förmåga	12
Social funktion	13
Mental hälsa	14
Diskussion	15
Resultatdiskussion	15
Tillämpning i klinisk verksamhet	17
Metoddiskussion	18
Fortsatt forskning	20
Slutsatser	20

Bilaga 1 Sökmatrix

Bilaga 2 Artikelmatrix

Bilaga 3 Checklista för kvantitativa artiklar - Kvasi-experimentella studier

Bilaga 4 Checklista för kvalitativa artiklar

Inledning

Vi upplever att hjärtinfarkt för många är en omtumlande upplevelse som kan medföra stora förändringar i det dagliga livet efter insjuknandet för den drabbade. Vi har båda gjort vår verksamhetsförlagda utbildning på olika hjärtavdelningar där intresset för dessa patienter har väckts. Vi har träffat många drabbade patienter, vilket medfört att det har väckts många funderingar hos oss kring hur deras hälsorelaterade livskvalitet förändras samt vilka faktorer som påverkar livskvaliteten. Vi är även nyfikna på om det finns några hälsorelaterade livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor.

Bakgrund

Hjärtinfarkt

Cirka 27 000 människor vårdas varje år för hjärtinfarkt (Sjukvårdsrådgivningen, 2008).

Hjärtinfarkt är den vanligast enskilda dödsorsaken i Sverige, dock har dödligheten minskat med hälften under de senaste 25 åren. Dödligheten ligger på mindre än tio procent under sjukhusvistelsen hos dem som kommer in levande till sjukhus (Ericson & Ericson, 2008).

Hjärtinfarkten beror på att delar av hjärtmuskulaturen drabbas av syrebrist och detta leder till celldöd (Persson & Stagmo, 2008). Förekommer det syrebrist och detta är ihållande under 30 minuter benämns detta hjärtinfarkt (Hedner, 2010). Om kranskärlet har en uttalad aterosklerotisk förändring kan plack i kärlväggen bli inflammerade och bristningbenägna, vilket kan leda till plackruptur. Plackruptur leder till skada på kärlväggen vilket skapar en process där trombocyter försöker reparera kärlskadan. På grund av denna ansamling av trombocyter, uppkommer en trombos i kranskärlet. Trombocyterna och den skadade kärlväggen frisätter substanser som utlöser spasm i kärlet vilket resulterar i försämrat blodflöde som orsakar lokal ischemi i hjärtmuskulaturen (Ericson & Ericson, 2008).

Symtom

Symtombilden vid hjärtinfarkt varierar från individ till individ. En hjärtinfarkt behöver inte visa några symtom alls, den kan även innebära plötslig död. Intensiv central bröstsmärta är det vanligaste debutsymtomet och håller smärtan i sig mer än 30 min finns stark misstanke om hjärtinfarkt. Akut andnöd är ett vanligt debutsymtom hos äldre. Hjärtinfarkt kan utlösa arytmier och blodtrycksfall vilket i sin tur kan leda till symtom som yrselbesvär och svimning. Illamående och kallsvettning är vanliga symtom i det akuta hjärtinfarktsskedet.

Temperaturstegring är ofta förekommande upp till några dagar efter insjuknandet (Persson & Stagmo, 2008). Det är vanligare hos kvinnor att hjärtinfarkten kan förlöpa utan smärta, men hjärtinfarkten kan då ge andra symtom som yrsel, andfåddhet och snabbt påkommen trötthet (Hedner, 2010).

Diagnostik

Med EKG är det möjligt att både lokalisera var hjärtinfarkten pågår eller har pågått samt hur omfattande hjärtinfarkten är. Vid hjärtmuskelcellskada sker ett utsläpp av olika enzymer i blodbanan. De enzymer som är mest hjärtspecifika är CKMB och troponin T/troponin I. Genom diagnostik av enzymerna går det utifrån nivån av enzymer i blodet bestämma huruvida omfattande hjärtmuskelcellskadan blivit. Proverna tas vid ankomst till sjukhus och ytterligare efter olika tidsintervall (Hedner, 2010). Det går även att diagnostisera hjärtinfarkt genom koronarangiografi (Nilsson & de Faire, 2006).

Behandling

Misstänks akut hjärtinfarkt ges ASA preparat. Vid misstanke om hjärtinfarkt är det även viktigt att ge patienten syrgas samt en lugn miljö. Är patienten smärtpåverkad ges analgetika, oftast i form av morfin. Mår patienten illa ges antiemetika. Även heparin ges vid hjärtinfarkt (Persson & Stagmo, 2008). Nitroglycerin ges vid ihållande bröstsmärtor. I akutskedet utförs PCI vilket betyder percutaneous coronary intervention eller ”ballongvidgning” och innebär att en kateter med en ballong förs in via en artär till det tilltäppta området, för att sedan fyllas och tränga undan oklusionen. Därefter förs ett stent in som håller kärlet öppet. PCI kan även bli aktuellt vid ett senare tillfälle då ischemi kvarstår efter trombolys. Ytterligare en behandling är CABG vilket betyder Coronary Artery By-Pass Graft även kallad by-pass operation. Hjärtat friläggs genom en operation där bröstkorgen öppnas upp, därefter kopplas vanligtvis ett kärl som tas från underbenet förbi det förtränga området (Ericson & Ericson, 2008; Vasko, 2007).

Förebyggande åtgärder/Riskfaktorer

Den enskilt största riskfaktorn för att insjukna i kranskärlsjukdom och hjärtinfarkt är rökning. Därför är rökstopp en viktig förebyggande åtgärd. Risken att insjukna i hjärtinfarkt minskar redan kort tid efter att patienten slutat. Minskad stress är en åtgärd som minskar påfrestning på hjärtat. Stressen gör att kroppen frisätter hormoner som höjer blodtrycket, ökar trombocyttaggregation och ökar hjärtarbetet. Genom ökad fysisk aktivitet ökar

hjärtmuskulaturens kapacitet och genomblödning av kranskärlen. Detta medför att hjärtat stärks och blir mer motståndskraftigt. Dessutom ses positiva effekter av fysisk aktivitet på fettförbränning och blodtryck. Lämplig kosthållning är också en viktig åtgärd då detta minskar aterosklerosutveckling. Kost med hög fetthalt på det vi äter medför att aterosklerosprocessen ökar (Ericson & Ericson, 2008).

Omvårdnad

Livskvalitet och hälsa

Hög livskvalitet inte behöver innebära att en person som uppfattas av omgivningen ha hög livskvalitet har hög livskvalitet. Det finns inga bestämda ramar som anger huruvida livskvaliteten är hög eller låg, det är individen själv som avgör detta. Då en individs liv är dåligt för denne själv betyder detta att livskvaliteten upplevs låg. Livskvalitetsfrågan handlar till stor del om vilka känslomässiga resurser vi besitter, exempelvis glädje men det handlar även om exempelvis välstånd (Brülde, 2003).

Livskvalitet kan upplevas utifrån olika miljöer. Livskvalitet omfattar en fysisk miljö som till exempel fysisk förmåga. En kulturell miljö som består av ett samhälle uppbyggd av lagar, politiskt beslutfattande och sedvänjor. Samt en psykologisk närmiljö bestående av familj, vänner samt ett socialt nätverk. De här olika miljöerna styr våra handlingar och påverkar vår livskvalitet på många olika sätt, miljöerna varierar i olika delar av världen (Nordenfelt, 2004).

Att uppleva ett positivt mentalt tillstånd är att uppleva ett välbefinnande. Upplevelsen av välbefinnande påverkas av yttre faktorer, det finns även inre faktorer som styr välbefinnandet vilket i sin tur styr livskvaliteten. Vår psykiska hälsa, vår fysiska hälsa, våra egenskaper och intressen påverkar vårt välbefinnande (Nordenfelt, 2004). Hälsa kan vara en subjektiv upplevelse eller objektiva kriterier som definierar hälsa. Den subjektiva upplevelsen beskriver individens egen uppfattning om hälsa där till exempel individen ser sig själv som frisk och upplever välbefinnande. De objektiva kriterierna för hälsa kan innebära frånvaro från sjukdomssymtom och exempel på detta är att med hjälp av ett mätinstrument mäta blodtryck och konstatera att blodtrycket är normalt (Birkler, 2007).

Lidande

Det finns anledning att anta att insjuknande i hjärtinfarkt medför lidande för patienten på både kort och lång sikt. Därför valde vi att inrikta oss på Erikssons (1994) lidandeteori för vi anser att med kunskaper kring teorin kan detta hjälpa sjuksköterskan i dennes dagliga arbete att lindra det eventuella lidande som kan uppstå vid olika sjukdomstillstånd.

Att uppleva lidande

Att känna lidande innebär bland annat att leva. Att lida är alltid ont och har ingen mening, men genom att skapa mening är det lättare för människan att ta sig igenom sitt lidande. Genom en gärning försöker människan övervinna sitt lidande för att kunna uppleva värdighet och frihet som människa. För att livet skall få en mening krävs det ett visst mått av lidande, att inte ha möjlighet att lida är det mest inhumana sättet att lida på. En lidande individ ställer sig ofta frågan varför? Lika ofta som individen får ett svar, uteblir det. Det är dock viktigt att individen ställer frågan eftersom hon då tvingas att reflektera. Genom reflektion kommer människan närmre en förståelse av lidandet. Beroende av vilken fas en människa är i livet och det behov som för stunden ligger närmast och då detta behov förblir otillfredsställt kan det innebära hög grad av lidande. När människan inte kan förverkliga sina innersta behov kan detta innebära att livskraften försvinner och individen drabbas av livsleda (Eriksson, 1994).

Någon gång står varje människa inför ett outhärdligt lidande och i viss mån är människan i sitt lidande ensam. Individen kan uppleva att lidandet känns som ett ofrånkomligt öde. Varje lidande är unikt. Ofta saknar människan ett sätt att visa sitt lidande och detta tar sig uttryck på olika sätt från individ till individ. Känslor som smärta och ångest kan vara en följd av lidandet men även otillräcklighet, självfördömelse samt en känsla av saknad av det liv människan skulle vilja leva. Många individer vänder sig till Gud inför frågan lidandets varför? Individen ställer sig ofta frågan om lidandet beror på synd, skuld och straff, om lidandet är guds straff på grund av olydnad gentemot Gud. Människans värdighet kränks av lidandet och lidande åstadkoms av kränkt värdighet. Just då individen befinner sig mitt i lidandet leder detta till svårigheter att delge sitt lidande till någon annan. Att som individ inte bli tagen på allvar kan innebära ett outhärdligt lidande. Det blir en situation som känns hopplös och försök till kontakt kan kännas meningslöst. Det innebär att bli ifrågasatt och möjligheten att bekräfta sin egen identitet fråntas (Eriksson, 1994).

Sjukdomslidande

En form av lidande är sjukdomslidande. Sjukdom och behandling kan leda till smärta vilket bidrar till lidande, dock behöver sjukdom inte alltid medföra smärta men genom att lindra smärta kan ofta lidandet lindras. Sjukdom och behandling kan förknippas med förnedring, skam och skuld. Dessa känslor kan uppstå på grund av vårdpersonalens fördömande attityd eller på grund av det sociala sammanhanget. Att som patient inte få medverka i behandlingen kan leda till en känsla av misslyckande, skam och förnedring. Även att behöva anstränga sig för att erhålla information kring sin sjukhusvistelse och att vid intima åtgärder använda gemensamma utrymmen kan leda till känslan av förnedring och skam (Eriksson, 1994). Sjukdomslidande går att anknyta till hjärtinfarktsdrabbade patienter som exempelvis genomgått en PCI eller CABG. För dessa patienter går ofta behandlingarna snabbt och patienterna hinner inte alltid reflektera och medverka i behandlingarna. Detta kan då leda till det Eriksson (1994) kallar sjukdomslidande.

Vi får inte glömma bort patienters anhöriga och deras lidande. Eriksson (1994) menar att det finns situationer inom vården som orsakar lidande hos anhöriga. Patientens lidande kan ibland vara lindrigare än de anhörigas. En oförmåga att som anhörig inte kunna lida med patienten kan ge upphov till känslor som förtvivlan, skuld och skam, därför är de anhöriga i behov av vård och omsorg.

Vårdlidande

En annan form av lidande är vårdlidande. Det vanligaste förekommande vårdlidande ses när patientens värdighet som människa kränks. Att ta ifrån människan dess möjlighet att vara människa innebär en kränkning av värdigheten. Genom nonchalans vid tilltal eller att ej skydda patienten som berör personlig integritet eller intima zoner kan detta kränka människans värdighet. Kränkning av en patient kan också ske genom att osynliggöra patienten. Att ha ett värde som människa är en förutsättning för att kunna erhålla en bättre hälsa. Det blir alltid ett lidande när värdigheten kränks. Att upprätta högsta mån av värdighet är en viktig uppgift som sjukvårdspersonalen har. Utförandet av individuell vård bekräftar människans värdighet. Varje individ är unik och behöver därför olika vårdinsatser (Eriksson, 1994).

Att lindra lidande

Att lindra lidandet innebär olika omvårdnadsåtgärder beroende på om patienten befinner sig i ett akut skede eller i en senare fas.

I hjärtinfarktens akuta stadie och närmaste dygn är det viktigt att patienten upplever lugn och ro och undviker stress. Information kring sjukdomen och behandling är en viktig del av omvårdnaden vid hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2008). Sängläge, specifikt hjärtsängläge ordineras till patienten i den akuta fasen av sjukdomen. Så tidig mobilisering som möjligt eftersträvas och aktiviteten kan gradvis utökas med tiden. Detta sker självfallet i samråd med patienten och utifrån dennes individuella förmåga. Att minska yttre stressfaktorer och verka som stöd är betydande omvårdnadsuppgifter som åligger sjuksköterskan. Oftast rekommenderas det att hjärtinfarktpatienter äter vanlig kost, dock med saltrestriktioner på grund av att saltet binder vatten vilket medför en belastning på hjärtat (Haugland, Hansen & Areklett, 2002).

I ett senare skede kan lindrande av lidande handla om andra omvårdnadsåtgärder. Genom att se individen går det att bekräfta dennes lidande. Genom beröring eller bekräftelse av en annan människa som lider kan detta innebära en tröst för den lidande. Förmedlandet av att finnas där och att ge tid och rum för patienten är exempel på sätt att bekräfta. Att visa känslighet och ömhet kan vara ett sätt att lindra lidandet. Genom att skapa en vårdkultur där patienten känner sig respekterad och välkommen skapas förutsättningar för att kunna lindra lidandet. Ges den vård som patienten är i behov av utan att missbruka makt och att kränka individens värdighet är vi på god väg att lindra lidandet. Då patienten behöver utföra sina mest intima behov inför och med stöd av andra är det viktigt att visa respekt och bekräfta patientens värdighet. Att stötta patienten med vardagens små sysslor som till exempel att kamma håret kan ge patienten en känsla av värdighet som kan skapa ny kraft hos denne. Att visa medlidande med hjälp av en smekning eller med andra uttryck för medlidande kan lindra lidandet. Att ha möjlighet att skratta och leka med lidandet ses även som ett sätt att lindra individens lidande (Eriksson, 1994).

Problemformulering

Insjuknandet i hjärtinfarkt sker ofta plötsligt och är ofta förenat med svåra symtom som till exempel kraftiga bröstsmärtor, ångest och andnöd.

I det akuta skedet vid hjärtinfarkt och närmaste dygn är det viktigt att patienten upplever lugn och ro samt undviker stress (Ericson & Ericson, 2008). Att sträva efter så tidig mobilisering som möjligt och gradvis öka den fysiska aktiviteten är av vikt i tillfrisknandet hos den drabbade individen (Haugland, Hansen & Areklett, 2002). En förutsättning för att erhålla en bättre hälsa är att ha ett värde som människa. En viktig uppgift som sjukvårdspersonal har är att upprätta högsta mån av värdighet. Utförandet av individuell vård bekräftar människans värdighet. Varje människa är unik och behöver därför olika vårdinsatser (Eriksson, 1994). Livskvalitet är ytterst individuellt vad individen värdesätter som för denne är värdefullt i sitt liv (Brülde, 2003).

Upplevelse av hälsa och välbefinnande är ett betydelsefullt mål i omvårdnaden för personer som drabbats av hjärtinfarkt. För att vi ska kunna hjälpa patienterna till ett större mått av hälsa och att kunna lindra lidande anser vi att kunskap krävs om hur sjukdomen påverkar patienternas livskvalitet även utifrån livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor.

Syfte

Syftet är att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som drabbats av hjärtinfarkt.

Vilka faktorer påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten hos personer som drabbats av hjärtinfarkt?

Är det några hälsorelaterade livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor?

Metod

En litteraturstudie innebär att inom ett valt ämne systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteratur som bör vila på en vetenskaplig grund. En systematisk litteraturstudie bygger på fakta från empiriska studier (Forsberg & Wengström, 2008). I vår litteraturstudie

valde vi att använda oss av vetenskapliga artiklar som behandlar den senaste forskningen inom valt område.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier

- Män och kvinnor över 18 år som drabbats av hjärtinfarkt.
- Att artiklarna var på Svenska eller Engelska.
- Artiklar som är etiskt granskade och peer-reviewed.

Exklusionskriterium

- Artiklar publicerade före år 2000.

Sökningsförfarande och urval

Vi valde att söka vetenskapliga artiklar i databaserna CINHAL, PUBMED och PSYCINFO och använde oss av Thesaurus och MeSH-termer som är ämnesordlistor i respektive databas (Forsberg & Wengström, 2008). I CINHAL och PUBMED användes MeSH-termer och i PSYCINFO thesaurus. Svenska MeSH användes för att få fram ämnesord som vi ansåg vara relevanta. Dessa var ”myocardial infarction”, ”quality of life” och ”health-related” vilka blev huvudämnesord. Fritextsökning gjordes på ”gender differences”, ”health-related” och ”factors” som inte gav några förslag enligt svenska MeSH, se bilaga 1. I CINHAL och PSYCINFO fanns valmöjligheten att söka artiklar som var ”peer-reviewed” vilket vi valde. I PUBMED fanns inte denna valmöjlighet, därför använde vi Ulrich’s Periodicals Directory där det via sökning av tidskriften framgick om artikeln var ”peer-reviewed”. Femton artiklar lästes i sin helhet. Nio artiklar som motsvarade litteraturstudiens samt inklusions- och exklusionskriterier valdes ut. De sex artiklar som exkluderades svarade inte på vårt syfte.

Kvalitetsgranskning

Friberg (2006a) beskriver att kvalitetsbedömning av texterna genomförs och vissa texter exkluderas medan de artiklar som bland annat svarar på syftet och problemformuleringen inkluderas för att därefter genomgå analys.

Vi läste samtliga artiklar i litteraturstudien var för sig för att sedan granska de utvalda artiklarna tillsammans enligt granskningsmallarna i Forsberg och Wengström (2008). Två granskningsmallar användes, en för kvantitativa studier och en för kvalitativa studier, se bilaga 3 och 4. Granskningsmallarna modifierades så att den vetenskapliga kvaliteten kunde värderas. Vi utformade ett poängsystem för de kvantitativa artiklarna som sträckte sig från 0 till 23 poäng där artiklar över 18 poäng ansågs ha hög kvalitet och artiklar mellan 14 till 18 poäng ansågs vara medelkvalitet. Artiklar under 14 poäng ansågs vara av låg kvalitet, se bilaga 3. Vi hade även ett poängsystem för den kvalitativa artikeln där 29 poäng var högsta möjliga poäng. Artiklar med poäng mellan 23 till 29 poäng ansågs vara av hög kvalitet, poäng mellan 17 till 23 ansågs vara medelkvalitet och poäng under 17 ansågs vara av låg kvalitet se bilaga 4. Samtliga artiklar i litteraturstudien uppnår hög kvalitet. Två frågor i båda granskningsmallarna exkluderades då vi ansåg att frågorna inte hade någon betydelse för artikelns vetenskaplighet, se bilaga 3 och 4. Vi kompletterade granskningsmallarna med frågan: är artikeln etiskt granskad? eftersom Forsberg och Wengström (2008) anser att etiska överväganden bör göras då det är av vikt att prioritera studier som fått godkännande av en etisk kommitté.

Analys

Analysen handlar om att data måste organiseras och systematiseras. Syftet med att analysera är att skapa ordning i insamlad data. Genom analysen kan data tolkas och testas om den är relevant till syftet (Backman, 2008). De inkluderade studierna lästes först individuellt och den text som passade vårt syfte markerades individuellt med varsin färg. Vi markerade den text som innehöll hälsorelaterade livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor, faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet samt övrig text som svarade på syftet med respektive färg för att kunna särskilja uppdelningarna åt. Detta för att inte missa viktigt innehåll och för att säkerställa att den understrukna texten var relevant, därefter diskuterade vi de texter som enbart en av oss strök under för att ytterligare säkerställa att ingen text missats. Den text som framkom sammanställdes och översattes i ett samlat dokument. I detta dokument delade vi upp datan under respektive kategori, vilka var: ”hälsorelaterade livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor”, ”faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet” samt ”övrigt”. Vi märkte snabbt att det för läsaren inte var ett läsbart resultat då det inte fanns någon röd tråd och läsaren kunde uppfatta vårt resultat som krångligt. Vi delade därför in de olika åldrarna på deltagarna i över och under 65 år vilket beskrivs utförligt i diskussionen. Ett mönster som framgick ur den data i artiklarna var att det gick dela upp datan i två delar: Fysiska faktorer

som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten samt psykiska faktorer som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten. Vi valde även att sortera in datan i subkategorier som passade innehållet i resultatdelarna. Alltså utifrån den data som framkom skapade vi våra subkategorier och skrev in den text som passade under respektive subkategori.

De huvudkategorier vi fick fram var ”fysiska faktorer som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten” med subkategorierna ”kroppslig smärta”, ”fysisk aktivitet” och ”fysisk hälsa”. Den andra huvudkategorin var ”psykiska faktorer som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten” med subkategorierna ”emotionell förmåga”, ”social funktion” och ”mental hälsa”.

Etiskt övervägande

I all vetenskaplig forskning är god etik en viktig aspekt. Att skydda de individer som deltar i undersökningar ska vägas mot intresset att finna ny kunskap. En viktig del vid forskning är att söka ett etiskt tillstånd. Etiska överväganden är ett krav vid all vetenskaplig forskning (Forsberg & Wengström, 2008).

I vår litteraturstudie var samtliga artiklar etiskt granskade av en etisk kommitté. I artiklarna framgick det i texten att dessa var etiskt granskade av en etisk kommitté, förutom i en artikel, där författaren kontaktades och bekräftade att även denna var etiskt granskad. I litteraturstudien har vi utifrån syftet sökt data ur utvalda artiklar som sedan kom att utgöra resultatet. Detta innebär att vissa artiklar används i större utsträckning än andra. Vi har inte valt bort någon artikel på grund av att dess resultat innehåller lite eller för mycket text. Vi har heller inte valt bort resultat från artiklar på grund av att det inte passar våra egna åsikter.

Resultat

Genom analysen fick vi fram två kategorier och sex subkategorier. Kategorierna är fysiska samt psykiska faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet. Subkategorierna är: kroppslig smärta, fysisk aktivitet, fysisk hälsa, emotionell förmåga, social funktion och mental hälsa. Vi har genom analysen fått fram två åldersgrupper, äldre och yngre än 65 år.

I inledning av varje subkategori har vi valt att skriva en kort sammanfattning av vad respektive subkategori innebär.

Fysiska faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet

Kroppslig smärta

Kroppslig smärta innebär ett fysiskt smärttillstånd. Det framgick i studien att mer än hälften av respondenterna redogjorde att måttlig till svår smärta och obehag var faktorer som påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten (Schweikert, Hunger, Meisinger, König, Gapp & Holle, 2009). Den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrades hos respondenter över tid på grund av minskad kroppslig smärta (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005a).

Kvinnor upplevde en mer frekvent kroppslig smärta i jämförelse med män vilket påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten negativt (Brink, Grankvist, Karlsson & Hallberg, 2005).

I den äldre åldersgruppen upplevde kvinnor en mer frekvent kroppslig smärta jämfört med män (Pettersen, Reikvam, Rollag & Stavem, 2007).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet innebär fysisk förmåga och funktion. Respondenter i både yngre och äldre åldersgrupper skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet relaterat till fysisk aktivitet. En signifikant skillnad mellan den yngre och den äldre åldersgruppen hittades under fysisk aktivitet där yngre respondenter hade en högre fysisk aktivitet jämfört med äldre patienter (Brink, Karlsson & Halberg, 2002). Detta framkom även i studien gjord av Pettersen et al (2007) och Beck, Joseph, Bélisle och Pilote (2001) där det framgick att äldre hade en sämre hälsorelaterad livskvalitet som berodde på att deras fysiska aktivitet var reducerad. Detta framkom även i studien av Schweikert et al (2009) där respondenterna i studien redogjorde att stigande ålder och tidigare hjärtinfarkt var faktorer som påverkade vardagliga aktiviteter.

Att vara sjukskriven före hjärtinfarkten var en förklaring till nedsatt hälsorelaterad livskvalitet (Beck, Joseph, Bélisle & Pilote, 2001).

Bengtsson, Hagman, Währborg och Wedel (2003) visade att respondenter i den yngre åldersgruppen upplevde att de kunde vara mer fysiskt aktiva allt eftersom tiden gick efter deras hjärtinfarkt.

Män och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet på grund av försämrad fysisk aktivitet jämfört med män och kvinnor i samma ålder som inte drabbats av hjärtinfarkt (Pettersen et al, 2007; Brink et al, 2005). Ökad fysisk aktivitet förbättrade den hälsorelaterade livskvaliteten vilket kunde ses upp till ett år efter hjärtinfarkt hos respondenterna. Respondenterna menade dock att fysisk aktivitet var en faktor som hade minst påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten. (Kristofferzon et al, 2005a).

De symtom som påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten mest var andnöd, trötthet och bröstsmärta. Vid andnöd upplevde informanterna att de skulle drunkna och dö, detta upplevdes främst under natten. Hjärtinfarkten har lett till begränsade fysiska aktiviteter hos de drabbade (Roebuck, Furze & Thompson, 2001).

Fysisk hälsa

Fysisk hälsa är en individuell skattning av sitt egna upplevda generella fysiska hälsotillstånd. Respondenter i den yngre åldersgruppen skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet i förhållande till sin fysiska hälsa (Brink et al, 2002). Män upplevde signifikant högre fysisk hälsa jämfört med kvinnor vilket innebar att även hälsorelaterad livskvalitet ökade hos männen (Brink et al, 2002; Brink et al, 2005).

Män och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet på grund av försämrad fysisk hälsa jämfört med män och kvinnor i samma ålder som inte drabbats av hjärtinfarkt. Respondenter i den övre åldersgruppen hade en försämrad hälsorelaterad livskvalitet som berodde på att deras fysiska hälsa var reducerad. Ingen skillnad sågs jämfört med män och kvinnor i samma ålder som inte drabbats av hjärtinfarkt (Pettersen et al, 2007).

Psykiska faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet

Emotionell förmåga

Emotionell förmåga innefattar de känslomässiga element som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten, exempel på detta är oro, rädsla och ilska. Män och kvinnor i den yngre åldersgruppen skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet i förhållande till sin emotionella förmåga (Brink et al, 2002). Den emotionella förmågan förbättrades hos både män och kvinnor vilket innebar att den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrades (Kristofferzon et al, 2005a).

Män och kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet på grund av försämrad emotionell förmåga jämfört med män och kvinnor i samma ålder som inte drabbades av hjärtinfarkt (Pettersen, Reikvam, Rollag & Stavem, 2007). Kvinnor i studien rapporterade att de hade en lägre emotionell förmåga som påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten negativt jämfört med kvinnor i samma ålder som inte drabbats av hjärtinfarkt (Brink et al, 2005).

Minskad sömn ledde ofta till trötthet och informanterna upplevde sig fysiskt och emotionellt ömtåliga. Tröttheten hade en påverkan på de dagliga aktiviteterna vilket resulterade i att informanterna behövde vila mitt på dagen. Bröstsmärta hade minst påverkan på hälsorelaterad livskvalitet men orsakade mest oro. Upprepad hjärtinfarkt och oron att dö rapporterade informanterna en rädsla över. Informanterna upplevde svårigheter kring att veta hur mycket eller hur lite de vågade göra. De var ängsliga och oroliga över sin privatekonomi och om de skulle kunna återgå till sitt arbete. Ensamhet och isolering var faktorer ensamstående rapporterade. Otillräckligt stöd och information från husläkare var ytterligare faktorer som påverkade oron. En ilska infann sig hos informanterna över att de levt ett sunt liv med god kost och motion och trots detta drabbats av hjärtinfarkt (Roebuck et al, 2001).

Social funktion

Social funktion innefattar deltagarnas förmåga vid sociala sammanhang. Pettersen et al. (2007) beskriver att respondenter i den övre åldersgruppen hade en försämrad hälsorelaterad livskvalitet som berodde på att deras sociala funktion var reducerad. Ingen skillnad sågs jämfört med kvinnor och män som inte drabbats av hjärtinfarkt. Medan Bengtsson et al. (2003) beskriver att i den yngre åldersgruppen kunde en försämrad hälsorelaterad livskvalitet ses två år efter hjärtinfarkt på grund av att respondenternas sätt att fungera socialt blev försämrad.

Kristofferzon et al. (2005a) menar att både kvinnor och män rapporterade att social funktion hade högst påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten. Detta framkom även i studien av Kristofferzon et al. (2005b) då även författarna menade att män och kvinnor upplevde att en god social funktion hade högst positiv påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten, samtidigt som fysisk aktivitet och emotionell förmåga värderades som mindre viktigt. Enligt

Kristofferzon et al. (2005a) skedde en ökning av hälsorelaterad livskvalitet som berodde på förbättrad social funktion kunde ses upp till ett år efter hjärtinfarkt hos respondenterna.

Hjärtinfarkt ledde till att relationen till informanternas partner blev ansträngd på grund av depression och humörsvängningar. Att deltagares partner eller familjemedlemmar var överbeskyddande upplevdes som frustrerande och gjorde relationerna ansträngda. Att partnern begränsade informanten att utföra olika aktiviteter rapporterades som frustrerande (Roebuck et al, 2001). Kvinnor som levde utan partner beskrev en lägre hälsorelaterad livskvalitet relaterat till fysisk aktivitet, kroppslig smärta och social funktion jämfört med kvinnor som levde med en partner. Män däremot skattade en högre hälsorelaterad livskvalitet inom fysisk aktivitet, kroppslig smärta och social funktion jämfört med män som levde med en partner (Kristofferzon et al, 2005b). Den faktor som påverkade livskvaliteten mest positivt var familjens stöd (Kristofferzon et al, 2005b; Kristofferzon et al, 2005a).

Mental hälsa

Mental hälsa är en individuell skattning av det egna upplevda generella mentala hälsotillståndet. I studien av Brink et al. (2005) kunde en försämring av mental hälsa ses vilket påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten. Detta framkom även i studien av Bengtsson et al. (2003) där respondenter i den yngre åldersgruppen två år efter hjärtinfarkt upplevde en måttlig sviktande mental hälsa på grund av tidigare genomgången hjärtinfarkt. Hög grad av hälsoproblem och depression mättes fem månader efter hjärtinfarkten hos respondenterna vilket påvisade sämre hälsorelaterad livskvalitet (Brink et al, 2002).

Respondenter i den övre åldersgruppen hade en sämre hälsorelaterad livskvalitet som berodde på att deras mentala hälsa var reducerad. Ingen skillnad sågs jämfört med personer som inte genomgått hjärtinfarkt (Pettersen et al, 2007).

Kristofferzon et al. (2005b) rapporterade att män och kvinnor upplevde att en god mental hälsa hade högst positiv påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten detta framkom även i studien av Kristofferzon et al. (2005a) samtidigt som fysisk aktivitet och emotionell förmåga inte hade så stor betydelse (Kristofferzon et al, 2005b). Brink et al (2005) beskrev att fem månader efter hjärtinfarkt visade männen en sämre hälsorelaterad livskvalitet vilket relaterades till depression och trötthet, dock kunde inga skillnader mellan könen vad gäller trötthet och depression ses ett år efter en hjärtinfarkt. Det styrktes ytterligare av Pettersen et al (2007) och Brink et al (2005) som rapporterade att män som drabbades av hjärtinfarkt

skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet på grund av försämrad mental hälsa jämfört med män i samma ålder som inte drabbades av hjärtinfarkt.

Med ökad ålder ökade även ångest och depression vilket påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten negativt, kvinnor upplevde en starkare ångest och depression vilket bidrog till sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med män. En tredjedel av respondenterna i studien redogjorde för att ångest och depression var faktorer som påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten (Schweikert et al, 2009). Kristofferzon et al (2005a) och Brink et al (2002) menade att livskvaliteten ökade över tid hos kvinnor på grund av att den mentala hälsan förbättrades. Medan Kristofferzon et al (2005b) menade att jämfört med män hade kvinnor en sämre hälsorelaterad livskvalitet som berodde på att deras mentala hälsa var reducerad. Pettersen et al (2007) rapporterade att hos den äldre åldersgruppen beskrev kvinnor att minskad mental hälsa minskade den hälsorelaterade livskvaliteten.

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som drabbats av hjärtinfarkt, med specifika frågeställningar som behandlar vilka faktorer som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten samt om det finns några hälsorelaterade livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor. I resultatet framgick det att en försämring av den hälsorelaterade livskvaliteten sågs hos både män och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. Vi har valt att diskutera resultatet gentemot Katie Erikssons (1994) lidandeteori.

Resultatdiskussion

Kvinnor upplevde en högre grad av kroppslig smärta jämfört med män vilket påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten negativt (Brink et al, 2005; Pettersen et al, 2007). Enligt Failde och Soto (2006) framgick det i studien att kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt och blivit behandlade av till exempel CABG eller PCI upplevde en minskad hälsorelaterad livskvalitet på grund av ökad kroppslig smärta. Eriksson (1994) menade att sjukdom och behandling kan medföra smärta vilket bidrog till lidande och genom att minska smärta kan även lidandet reduceras. Rustøen (1992) skrev att en betydande uppgift som åligger sjuksköterskan i dennes profession är att hjälpa individer att lindra lidandet. Utifrån detta tror vi det skulle kunna vara möjligt att sjuksköterskan uppmärksammar smärtan hos individen. Genom att bekräfta

patienten i form av till exempel en blick eller beröring och se till att patienten är smärtlindrad innebär att detta kan lindra smärtan som i sin tur kan lindra lidandet.

Den fysiska hälsan upplevdes bättre hos män jämfört med kvinnor vilket medförde att även den hälsorelaterade livskvaliteten ökade hos männen (Brink et al, 2002; Brink et al, 2005). Samtidigt påvisade Pettersen et al (2007) att respondenter över 65 år hade en försämrad hälsorelaterad livskvalitet till följd av att deras fysiska hälsa var reducerad. I jämförelse med män och kvinnor som inte drabbades av hjärtinfarkt i samma ålder kunde ingen skillnad ses. Eriksson (1994) skrev att, för att kunna få möjlighet till en bättre hälsa krävs det att ha ett värde som människa. Utifrån detta tror vi att det är av vikt att sjukvårdspersonal ständigt arbetar mot att människan bibehåller sitt värde, för att på så sätt förbättra hälsan som Eriksson (1994) skrev.

Rädslan av att återigen drabbas av hjärtinfarkt och oron att dö rapporterades. Informanterna upplevde svårigheter kring att veta hur mycket eller lite de vågade göra (Roebuck et al, 2001). Informanterna i studien angav att de upplevde en osäkerhet och rädsla kring hur mycket de vågade röra på sig utan att återigen drabbas av hjärtinfarkt. Rädslan att dö fick informanterna att överväga livsstilsförändringar (Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren & Bergdahl, 2005). Lidande tar sig uttryck på fler olika sätt från individ till individ, känslor som smärta, oro och ångest kan vara en följd av lidandet men även otillräcklighet. Självfördömelse samt en känsla av saknad av det liv individen skulle vilja leva kan också vara en följd av lidandet (Eriksson, 1994). Utifrån detta anser vi som Rustøen (1992) menade att sjuksköterskans roll är att bistå patienter som är i behov av hjälp. Genom att som sjuksköterska vara närvarande hos den lidande patienten inger detta trygghet och kan skapa hopp hos patienterna. Det är viktigt att skapa ett klimat där den lidande patienten upplever tillit och trygghet från sjuksköterskan. Dessutom tror vi det är av vikt att som sjuksköterska se till att information kring sjukdomstillståndet mottas av patienterna, vilket kan hjälpa dem i deras hantering av sjukdomstillståndet.

Kvinnor som levde utan partner upplevde en lägre hälsorelaterad livskvalitet relaterat till social funktion jämfört med kvinnor som levde med partner. Däremot skattade män som levde med en partner lägre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med män som levde utan partner (Kristofferzon et al, 2005b). Att informanternas partners var överbeskyddande gjorde att relationerna blev ansträngda då partnern begränsade informanten att utföra olika aktiviteter

(Roebuck et al, 2001). I studien gjord av Kärner et al (2005) framgår det att familjens stöd till informanterna har positiva följder på informanternas rehabilitering. Eriksson (1994) menade att patientens lidande ibland kan vara lindrigare än de anhörigas. Att som anhörig inte kunna lida med patienten kan skapa känslor som förtvivlan och skuld, därför är även de anhöriga i behov av omsorg. Utifrån detta tolkar vi det som att sjuksköterskan därmed bör uppmärksamma även närståendes behov av omsorg samt undervisning kring sjukdomstillståndet vilket är en del av sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

Kvinnor upplevde en starkare ångest och depression vilket orsakade en sämre hälsorelaterad livskvalitet i jämförelse med män (Schweikert et al, 2009). Kristofferzon et al (2005b) styrkte Schweikert et al (2009) studie, att till följd av reducerad mental hälsa hade kvinnor sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med män. Kristofferzon et al (2005c) beskrev att informanterna i studien var deprimerade, irriterade, arga och upplevde känslor som värdelöshet och tomhet. Eriksson (1994) skrev att det går bekräfta en individs lidande genom att se denne. En tröst för den lidande kan innebära att ge beröring eller bekräftelse. Att skapa förutsättningar för att lindra lidandet kan ske genom att skapa en vårdkultur där patienten blir respekterad och välkommen. Med utgångspunkt utifrån detta menar vi att sjuksköterskan bör finnas där för patienten då denne är ångestfylld för att inge trygghet och närvaro.

Tillämpning i klinisk verksamhet

Att vara närvarande, visa respekt och vara ett stöd är något som vi anser vara en viktig omvårdnadsuppgift som åligger sjuksköterskan. Detta gör sjuksköterskan genom att lyssna på patienten och ta denne på allvar samt att bekräfta patientens situation. Vi tror att hjärtinfarktsdrabbade patienter är i behov av ovanstående omvårdnadsåtgärder för att på så sätt kunna lindra deras lidande. Det framkom i resultatet att både män och kvinnor hade en försämrad hälsorelaterad livskvalitet inom både fysiska och psykiska faktorer. Det är viktigt att som sjuksköterska i arbetet med dessa patienter identifiera dessa livskvalitetsförsämringar och göra sig tillgänglig för eventuella stödsamtal. Det är även viktigt att sjuksköterskan ger patienten undervisning och information kring sjukdomstillståndet för att lyfta fram eventuella föreställningar som patienten har. Undervisningen tror vi även leder till ökad trygghet och kan svara på många frågor som patienten har. En åtgärd som skulle kunna vara till hjälp är att patienterna regelbundet besöker en hjärtsjuksköterska på en hjärtmottagning för psykosocialt stöd och vägledning. Att involvera anhöriga tror vi skulle vara till hjälp. Detta tror vi skulle öka patienternas hälsorelaterade livskvalitet. I resultatet framgick det att kvinnors

hälsorelaterade livskvalitet var sämre jämfört med mäns främst inom de fysiska faktorerna samt inom mental hälsa. Därför skulle det vara rimligt att sjuksköterskan ger ökad uppmärksamhet till dessa patienter.

Metoddiskussion

Friberg (2006b) skrev att en metoddiskussion i en litteraturstudie ska belysa hur författarna gick till väga, hur urval, och analys värderades. Dessutom skrev Axelsson (2008) att eventuella svagheter och problem skall lyftas och om dessa inneburit något problem för det framkomna resultatet. Denna litteraturstudie bygger på syftet att ”beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten hos personer som drabbats av hjärtinfarkt” med specifika frågeställningar: ”vilka faktorer påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten” och ”är det några hälsorelaterade livskvalitetsskillnader mellan män och kvinnor”. Sökord som valdes var ”Quality of life”, ”myocardial infarction”, ”factors” och ”gender differences”. Vi valde att justera syftet till ”hälsorelaterad livskvalitet” istället för enbart ”livskvalitet”, då ”hälsorelaterad livskvalitet” bättre kunde relateras till omvårdnad.

En systematisk litteratursökning skedde i CINAHL, PUBMED och PSYCINFO där vi genom ovanstående sökord fick fram ett fyrtiotal artiklar. En systematisk litteratursökning genomförs genom att tillgångsvägsättet dokumenteras noggrant och att författaren håller sig till en arbetsplan samt att sökverktyg och hjälpmedel utnyttjas (Östlundh, 2006). En svaghet i sökningsförfarandet skulle kunna vara att författarna delade upp databaserna för litteratursökning för att spara tid. Detta gjorde att båda författarna inte tillsammans valt ut vilka artiklar som eventuellt skulle användas i litteraturstudiens första skede då det finns risk att artiklar kan ha missats. Efter artikelsökningen läste vi tillsammans igenom samtliga artiklars abstract och syfte och valde ut 15 artiklar. Dessa lästes grundligt igenom varav nio artiklar valdes ut för kvalitetsgranskning, samtliga inkluderades. De sex artiklar som exkluderades ansåg vi inte vara tillräckligt inriktade mot vårt syfte då det inte tydligt gick att utvisa könsskillnader i artiklarna samt att det inte framgick vilka faktorer som påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten. En styrka är att efter artikelsökningen lästes och kvalitetsgranskades utvalda artiklar tillsammans. Vi valde att inkludera både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar i litteraturstudien. Forsberg och Wengström (2008) menar att det är bra att inkludera både kvantitativa och kvalitativa studier. Vi fann övervägande kvantitativa artiklar vilket vi ser som en svaghet eftersom det gjorde det svårt att överföra datan i studierna till ett läsbart och enkelt resultat. Nu i efterhand skulle vi valt att använda oss

av överhängande kvalitativa studier då den kvalitativa datan enligt oss är lättare att överföra till ett mer läsbart resultat i en litteraturstudie. Men för att få överhängande kvalitativa studier hade vi behövt styra vårt syfte och våra sökord mot ett mer kvalitativt perspektiv eftersom vi har erfarenhet att livskvalitet oftast studeras med kvantitativ metod. Detta tror vi kan vara orsaken till att vi fått fram överhängande kvantitativa artiklar.

I analysprocessen delades artiklarna upp till hälften och lästes enskilt av författarna samtidigt som det som passade syftet ströks under, därefter skiftades artiklar mellan författarna för ytterligare understrykning av den text som passade syftet. Vi läste alltså samtliga nio artiklar var för sig. Detta för att säkerställa att ingen text i resultatet har förbisetts och detta kan ses som en stryka. Den text som valdes ut översattes och samlades som en grund för resultatet. Först delades resultatet upp i tre kategorier vilket vi insåg ej vara hållbart då vi inte kom fram till ett strukturerat och lättläst resultat. Vi gick därför tillbaka till vår grund och konstruerade det nuvarande resultatet. Vi omarbetade resultatet flertalet gånger för att få ett så läsbart resultat som möjligt, detta kan då innebära en risk att resultatet förvrängts, dock strävade vi efter att inte förvränga resultatet på något sätt. Något vi upplevde krångligt var att i vissa artiklar var författarna inte konsekventa med begreppen "livskvalitet" och "hälsorelaterad livskvalitet" då författarna blandade dessa begrepp i artiklarna. Vi använde därför respektive begrepp i vårt resultat så som det användes i artiklarna.

I majoriteten av artiklarna jämfördes olika åldersspann med varandra, vi skapade två åldersgrupper eftersom detta förenklar för läsaren istället för att hålla isär en mängd olika åldersgrupper. Dessutom var det en svårighet för oss att hålla isär de olika åldersgrupperna i artiklarna. Därför beslutade vi att dela in åldersgrupper i över och under 65 år som vi i resultatet kallar den yngre och äldre åldersgruppen. I de artiklar där gränsdragningar är gjorda hos deltagare 66 år och uppåt valde vi att inte inkludera resultatet från den yngre åldersgruppen och gränsdragningar gjorda hos deltagare 64 år och neråt valde vi att inte inkludera resultatet från den äldre åldersgruppen. Detta gjordes för att resultatet i litteraturstudien inte skulle bli felaktigt.

Ett misstag i vår metod är att vi inte gjort någon manuell sökning.

Överförbarhet är enligt Polit och Beck (2004) att det går överföra resultatet så att resultatet även passar in på andra grupper. Vårt resultat går att överföra på både män och kvinnor som

drabbats av hjärtinfarkt då det visade att både män och kvinnor hade en försämrad hälsorelaterad livskvalitet inom olika fysiska och psykiska faktorer. De artiklar vi använt i litteraturstudien genomfördes i Sverige, Norge, England, Tyskland och Kanada därför tror vi att resultatet går överföra till dessa länder. Dessutom tror vi att resultatet går att överföra på övriga länder i Europa och Nordamerika.

Fortsatt forskning

I resultatet framgick det att kvinnor hade sämre hälsorelaterad livskvalitet i jämförelse med män, det är mest tydligt inom de fysiska faktorerna. Inom detta område anser vi att det vore av vikt med utökad forskning. Detta för att få ny kunskap om varför kvinnor upplever sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med män. Med den nya eventuella kunskapen skulle vården kanske kunna förebygga att dessa kvinnor mår sämre.

Det framkom även i resultatet att ju äldre hjärtinfarktspatienterna var desto mindre livskvalitetsskillnader sågs jämfört med de individer i samma ålder som inte drabbats av hjärtinfarkt. Här anser vi att det vore intressant med ytterligare forskning om varför det inte är några större livskvalitetsskillnader mellan dessa grupper. Detta skulle kunna bidra med ökad förståelse för sjukdomstillståndet bland äldre människor.

Slutsatser

Generellt sett kunde en försämring av den hälsorelaterade livskvaliteten inom samtliga faktorer ses hos både män och kvinnor. Desto äldre deltagarna i studierna var ju mindre skillnader i hälsorelaterad livskvalitet kunde ses jämfört med de individer som inte drabbats av hjärtinfarkt i samma ålder. Kvinnor hade generellt sett en sämre hälsorelaterad livskvalitet inom de fysiska faktorerna jämfört med män i studierna. En förbättring av dessa individers hälsorelaterade livskvalitet kan ske genom att sjuksköterskan tillämpar Erikssons (1994) lidandeteori om att lindra lidandet. Detta kan göras genom att exempelvis bekräfta patientens lidande, att finnas där för patienten, lyssna och ta patienten på allvar.

Referenser

- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 173-188). Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Beck, C., Joseph, L., Bélisle, P., & Pilote, L. (2001). Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *American heart journal*. 142, 271-279.
- Bengtsson, I., Hagman, M., Währborg, P., & Wedel, H. (2003). Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction. *International journal of cardiology*. 97, 509-516.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.
- Brink, E., Grankvist, G., Karlsson, B., & Hallberg, L. (2005). Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Quality of life research*. 14, 749-757.
- Brink, E., Karlsson, W., & Hallberg, L. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, health & medicine*. 7, 5-16.
- Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad; medicinsk behandling; patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Failde, I., & Soto, M. (2006). Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC public health*. 6, 1471-2458.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (2006a) Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (sid. 27-36). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006b). Att utföra ett examensarbete. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 71-82). Lund: Studentlitteratur.
- Haugland, T., Hansen, I., & Areklett, E. (2002). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås (Red.). *Klinisk omvårdnad 1*. (s. 410 – 445). Stockholm: Liber.
- Hedner, L-P. (2010). Atherosclerossjukdom i hjärtats kranskärl. I L-P. Hedner (Red.). *Invärtesmedicin*. (s. 33-52). Lund: Studentlitteratur.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005a). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of advanced nursing*, 52, 113-124.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005b). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart and Lung*. 43, 39-50.

Kristofferzon, M., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005c). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*. 16, 391-401.

Kärner, A., Tingström, P., Abrant-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of advanced nursing*. 51, 261-275.

Nilsson, J., & de Faire, U. (2006). Hjärt-kärlsjukdomar. I G. Berglund, A. Engström-Laurent, S. Lindgren & N. Lindholm (Red). *Internmedicin*. (s. 121-274). Stockholm: Liber AB.

Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: Teori och kritik*. Linköping: Linköpings Universitet.

Persson, J., & Stagmo, M. (2008). *Kardiologi: Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

Pettersen, K., Reikvam, A., Rollag, A., & Stavem, K.(2007). Understanding sex differences in health- related quality of life following myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*. 130, 449-456.

Polit, D., & Beck, C. (2004). *Nursing research - Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of advanced nursing*. 34, 787-794.

Rustøen, T. (1992). *Livskvalitet: En utmaning för sjuksköterkan*. Almqvist & Wiksell förlag AB: Stockholm.

Schweikert, B., Hunger, M., Meisinger, C., König, H-H., Gapp, O., & Holle, R. (2009). quality of life several years after myocardial infarction: Comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*. 30, 436-443.

Sjukvårdsrådgivningen (2008). (Elektronisk) Hjärtinfarkt: Vad händer i kroppen. Hämtad 2011-02-17 från: <http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=27647&Preview=>

Vasko, P. (2007). Hjärt -kärlsjukdom. I N. Grefberg & L-G. Johansson (Red). *Medicinboken*. (s. 55-141). Stockholm: Liber.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

PUBMED Jan-Feb 2011	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa artiklar	Artikel nummer enl. Artikelmatris
1 # Myocardial infarction	129024				
2 # quality of life	86518				
3 # Health- related*	24845				
1 # AND 2 #	646	646	73	10	1,2,3,5,6,7,8,9
1 # AND 2 # And 3 #	165	165	31	7	2,3,5,7,8,9
1 # AND 2 # AND Factors*	262	262	30	3	2,3,5
1 # AND 2 # AND gender differences*	26	26	3	2	5,7
1 # AND 2 # AND 3 # AND gender differences*	9	9	2	1	5

* De här sökorden fanns ej i Svensk Mesh därför gjordes en fritextsökning på respektive sökord

CINAHL Jan-Feb 2011	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa artiklar	Artikel nummer enl. Artikelmatris
1 # Myocardial infarction	17801				
2 # quality of life	43438				
3 # Health- related*	7990				
1 # AND 2 #	210	210	23	5	4,5,6,8
1 # AND 2 # And 3 #	37	37	7	3	3,5,8
1 # AND 2 # AND Factors*	138	138	11	5	4,5,6,8
1 # AND 2 # AND gender differences*	8	8	2	2	5
1 # AND 2 # AND 3 # AND gender differences*	4	4	1	1	5

* De här sökorden fanns ej i Svensk Mesh därför gjordes en fritextsökning på respektive sökord

PSYCHINFO Jan-Feb 2011	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa artiklar	Artikel nummer enl. Artikelmatris
1 # Myocardial infarction	1574				
2 # quality of life	16456				
3 # Health- related*	29127				
1 # AND 2 #	72	72	12	4	3,4,5
1 # AND 2 # And 3 #	125	125	15	4	3,4,5
1 # AND 2 # AND Factors*	42	42	5	3	3,4,5
1 # AND 2 # AND gender differences*	13	13	3	3	3,4,5
1 # AND 2 # AND 3 # AND gender differences*	43	43	8	4	3,4,5,7

* De här sökorden fanns ej i Svensk Mesh därför gjordes en fritextsökning på respektive sökord

Bilaga 2

Artikelnummer Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1. Beck, C., Joseph, L., Bélisle, P & Pilote, L. (2001) Canada	American Heart Journal: Predictors of quality of life 6 months an 1 year after acute myocardial infarction	Identifiera de viktigaste kliniska, demografiska eller psykosociala egenskaper som påverkar livskvaliteten 6 månader och 1 år efter en hjärtinfarkt	Kvantitativ prospektiv kohortstudie med 491 deltagare Frågeformulär: SF-36, QOL (EuroQol healthperception scale)	Ålder och psykosociala faktorer är de viktigaste faktorer som påverkar livskvalitet hos personer efter hjärtinfarkt	Hög
2. Bengtsson, I., Hagman, M., Währborg., & Wedel, H. (2003) Sverige	International Journal of Cardiology: Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction	Att undersöka om den tidigare rapporterade bristen vid återhämtning av hälsorelaterad livskvalitet hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt är långvarig mellan två åldersgrupper	kvantitativ metod med konsekutivturval med 72 deltagare Frågeformulär: SF- 36, Zung depression inventory	Deltagare av studien som är under 59 år rapporteras uppleva en sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med deltagare över 59 år	Hög
3. Brink, E., Grankvist, G., Karlsson, B., & Hallberg, L. (2005) Sverige	Quality of life research: Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction	Upptäcka möjliga förändringar i hälsorelaterad livskvalitet över tid och i andra hand att företspå hälsorelaterad livskvalitet efter 1 år baserat på mätningar gjorda 1 vecka och 5 månader efter en första hjärtinfarkt	kvantitativ kohortstudie med 134 deltagare Frågeformulär SF-36, HAD	Hälsorelaterad livskvalitet förbättrades efter ett år hos både män och kvinnor jämfört med efter fem månader.	Hög

Artikelnummer Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
4. Brink, E., Grankvist, G., Karlsson, B., & Hallberg, L. (2002) Sverige	Psychology, Health & Medicine: Health experiences of first-time myocardial infarction: Factors influencing women´s and men´s health-related quality of life after 5 months	Utforska hälsorelaterad livskvalitet och coping strategier hos första gångs drabbade hjärtinfarkts patienter fem månader efter utskrivning	kvantitativ kohortstudie med konsekutivurval med 114 deltagare Frågeformulär: SF-36	Den hälsorelaterade livskvaliteten blev negativt påverkad efter en hjärtinfarkt hos både män och kvinnor. Kvinnor upplevde sämre hälsorelaterad livskvalitet i de fysiska aspekterna i jämförelse med män	Hög
5. Kristofferzon, M- L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005) Sverige	Journal of Advanced Nursing: Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction	Beskriva könsskillnader i upplevd coping, socialt stöd och livskvalitet 1, 4 och 12 månader efter en hjärtinfarkt	kvantitativ kohortstuide med konsekutivt urval med 148 deltagare frågeformulär:SF-36, Jalowiec coping scale social support scale, quality of life Index- Cardiac version	Skillnader mellan könen vad gäller hälsorelaterad livskvalitet hos kvinnor påfanns en ökning i kategorin mental hälsa och hos männen en minskning i kategorin fysisk smärta	Hög
6. Kristofferzon, M- L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005) Sverige	Heart and Lung: Preceived coping, social support and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between swedish women and men	Jämföra coping, socialt stöd och livskvalitet hos svenska kvinnor och män 1 månad efter en hjärtinfarkt	kvantitativ metod med ett konsekutivturval med 171 deltagare Frågeformullär: SF-36 Jalowiec coping scale social support scale, quality of life Index- Cardiac version	Kvinnor rapporterades uppleva en lägre livskvalitet vad det gäller de fysiska och psykiska aspekterna	Hög

Artikelnummer Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
7. Pettersen, K., Reikvam, A., Rollag, A., & Stavem, K. (2007) Norge	International Journal of Cardiology: Understanding sex differences in health- related quality of life following myocardial infarction	Undersöka könsskillnader relaterat till hälsorelaterad livskvalitet i olika åldersgrupper och jämfört med den norska befolkningen	Kvantitativ metod med 408 deltagare Frågeformulär: SF-36	Kvinnor har en sämre hälsorelaterad livskvalitet i de fysiska aspekterna jämfört med den övriga norska befolkningen medan män hade en bättre hälsorelaterad livskvalitet i faktorn fysisk smärta jämfört med den norska befolkningen.	Hög
8. Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. (2001) England	Journal of Advanced Nursing: Health- related quality of life after myocardial infarction: An interview study	Att utforska och få insikt i hur effekterna av en hjärtinfarkt har på hälsorelaterad livskvalitet	kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer med 31 deltagare	Sju kategorier som påverkade den hälsorelaterad livskvaliteten: fysisk aktivitet/symtom, otrygghet, emotionell reaktioner, beroende, livsstilsförändringar, och oro över medicinering	Hög
9. Schweikert, B., Hunger, M., Meisinger, C., König, H-H., Gapp, O., & Holle, R. (2009) Tyskland	European Heart Journal: quality of life several years after myocardial infarction: Comparing the MONICA/KORA registry to the general population	Att utvärdera vilken påverkan hjärtinfarkt har på hälsorelaterad livskvalitet hos personer som drabbats av hjärtinfarkt och jämföra med den övriga befolkningen	kvantitativ metod och konsekutivt urval med 2950 deltagare Frågeformulär: EQ-5D	Hjärtinfarkts drabbade patienter hade en högre risk att ådra sig smärta/obehag, att utföra vanliga aktiviteter och speciellt ångest och depression vilket var mest uttalat hos yngre patienter. Rörlighet visade däremot en omvänd effekt	Hög

Bilaga 3

Checklista för kvantitativa artiklar - Kvasi-experimentella studier *

A. Syftet med studien?

..... (1p)
.....

Är frågeställningarna tydligt beskrivna? (1p)

Ja Nej

Är designen lämplig utifrån syftet? (1p)

Ja Nej

B. Undersökningsgruppen (1p)

Vilka är inklusionskriterierna?

.....

Vilka är exklusionskriterierna? (1p)

.....

Vilken urvalsmetod användes? (1p)

Randomiserat urval

Obundet slumpmässigt urval

Kvoturval

Klusterurval

Konsekutivt urval

Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ? (1p)

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen? (1p)

.....

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen? (1p)

.....

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes? (1p)

.....

.....

Var reliabiliteten beräknad? (1p)

Ja Nej

Var validiteten diskuterad? (1p)

Ja Nej

* Modifierad efter RCN. The management of patients with venous leg ulcers. Centre for Evidensbased Nursing, University of York and School of Nursing, Midwifery and Health visiting, University of Manchester, 1998.

D. Analys

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?

(1p)

Ja Nej

Om nej, vilka skillnader fanns?

.....

Hur stort var bortfallet?

(1p)

.....

Fanns en bortfallsanalys?

(1p)

Ja Nej

Var den statistiska analysen lämplig?

(1p)

Ja Nej

Om nej, varför inte?

.....

Vilka var huvudresultaten?

(1p)

.....

.....

Erhölls signifikanta skillnader?

(1p)

Ja Nej

Om ja, vilka variabler?

.....

Vilka slutsatser drar författaren?

(1p)

.....

.....

Instämmer du?

(Exkluderad)

Ja Nej

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?

(1p)

Ja Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

(1p)

Ja Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?

(Exkluderad)

Ja Nej

Motivera varför eller varför inte!

.....

.....

Är artikeln etiskt granskad?

(2p)

Bilaga 4

Checklista för kvalitativa artiklar*

A. Syftet med studien?

(1p)

.....
.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

(1p)

.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningarna?

(1p)

Ja Nej

B. Undersökningsgruppen

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

(1p)

(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

(1p)

.....

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

(1p)

.....

Vilken urvalsmetod användes?

(1p)

Strategiskt urval

Snöbollsurval

Teoretiskt urval

Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

(1p)

.....
.....

Är undersökningsgruppen lämplig?

(1p)

Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamling skedde)?

(1p)

Ja Nej

Beskriv:

.....
.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

(1p)

Beskriv:

.....
.....

* C. Forsberg & Y. Wengström, 2003.

Ange datainsamlingsmetod:

(1p)

ostrukturerade intervjuer

halvstrukturerade intervjuer

fokusgrupper

observationer

video/bandinspelning

skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

(1p)

Ja Nej

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade? (1p)

.....

Ange om: (1p)

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? (1p)

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? (1p)

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? (1p)

Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? (1p)

Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? (1p)

Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)? (1p)

Ja Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? (1p)

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat? (1p)

Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans? (1p)

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? (1p)

Ja Nej

Finns risk för bias? (1p)

Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren? (1p)

.....

Håller du med om slutsatsen? (Exkluderat)

Ja Nej

Om nej, varför inte?

.....

Ska artikeln inkluderas? (Exkluderas)

Ja Nej

Är artikeln etiskt granskad?

(2p)