

När hjärtat brister

Individens upplevelser efter akut hjärtsjukdom -en litteraturstudie

FÖRFATTARE	Ulla Karin Lundell Hanna Sundin
KURS	Fristående kurs 15 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad Hösterminen 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDELEDARE	Lena Björck
EXAMINATOR	Kerstin Dudas

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	När hjärtat brister - litteraturstudie om upplevelse vid akut hjärtsjukdom
Titel (engelsk):	When the heart get broken - literature study about experience during acute heart disease
Arbetes art:	Självständigt arbete
Kurs/kurskod:	Fristående kurs. OM 5250
Kursbeteckning:	Examensarbete för kandidat
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	
Författare:	Ulla Karin Lundell Hanna Sundin
Handledare:	Lena Björck
Examinator:	Kerstin Dudas

SAMMANFATTNING

Inledning: Takotsubo som också kallas brustet hjärta är en relativt ny diagnos. Det är en form av svår hjärtsvikt som kan drabba personer som blivit utsatta för svår stress. Insjuknandet kommer plötsligt och symtomen liknar hjärtinfarkt. Prognosen och överlevnaden är god. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vilka upplevelser individer har efter att ha blivit drabbade av en akut hjärtsjukdom. **Metod:** Litteraturstudie av 12 vetenskapliga artiklar samtliga med kvalitativ ansats. Artiklarna söktes i databaserna PubMed och Cinahl. **Resultat:** Efter analys av artiklarna kom det fram olika teman, det var emotionella reaktioner, stöd, hantering av sjukdom samt livsförändring. Att drabbas av akut hjärtsjukdom var en svår upplevelse och det gav många emotionella reaktioner och kroppsliga förändringar. De som drabbades behövde stöd av både sjukvårdspersonal och närstående. För att hantera sjukdomen användes olika coping-strategier. Det kunde bli stora livsförändringar för många och att göra livsstilförändring var för många svårt. Flertalet upplevde att informationen som gavs av sjukvården var bristfällig. **Slutsats:** Akut hjärtsjukdom är en svår upplevelse. Det är viktigt att vara lyhörd för att få förståelse för dessa upplevelser hos hjärtsjuka. Individuellt anpassad information och stödande samtal kan vara till stor hjälp för deras tillfriskande.

Nyckelord: Hjärtsjukdom, upplevelse, Takotsubo, livskris.

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
AKUT KRANSKÄRLSSJUKDOM	1
HJÄRTSVIKT	2
KARDIOMYOPATI	3
TAKOTSUBO	3
KRIS	5
TEORETISK REFERENSRAM	6
KASAM	6
Begriflighet	6
Hanterbarhet	6
Meningsfullhet	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
URVAL	8
DATAINSAMLING	8
DATAANALYS	10
ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE	10
RESULTAT	10
EMOTIONELLA REAKTIONER	10
STÖD	11
Stöd från närstående/medpatienter	11
Stöd från vårdpersonal	12
HANTERA SJUKDOM	13
LIVSFÖRÄNDRING	15
Fysisk förändring	15
Psykisk förändring	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	18
SLUTSATS	18
REFERENSER	19
BILAGOR	

INLEDNING

I vårt dagliga arbete som sjuksköterskor inom äldreomsorg och hjärtsjukvård möter vi patienter med olika former av hjärtsjukdomar. Inom båda områden är ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt ett vanligt problem. Intresset för Takotsubo, som också kallas brustet hjärta, väcktes för några år sedan då vi för första gången hörde talas om den diagnosen. Vi har stött på det privat då nära anhöriga till två bekanta drabbats och i arbetet som sjuksköterska. På hjärtintensiven vårdas varje vecka patienter som får diagnosen och vi upplever att allt fler får Takotsubo. Om detta beror på att fler drabbas eller om kunskapen om sjukdomen ökar är för oss okänt. Orsakerna till detta syndrom är inte fullständigt klarlagda och många känner inte till begreppet. Denna patientgrupp är oftast friska sedan tidigare och blir plötsligt akut sjuka. Olika former av stress är en vanlig orsak och denna patientgrupp har både en föregående kris och därefter den kris det innebär att bli sjuk att bearbeta. Patienterna behandlas som vid akut hjärtinfarkt eller som hjärtsvikt men prognosen skiljer sig då dessa har en lägre dödlighet och en god prognos. Vårdtiden för patienterna är kort och uppföljningen skiljer sig från andra hjärtsjukdomar. Då okunskapen om sjukdomen är stor saknas omvårdnadsforskning inom detta område. Vi är intresserade av att lära oss mer om denna nyttillkomna diagnos och vilken omvårdnad dessa patienter behöver.

BAKGRUND

AKUT KRANSKÄRLSJUKDOM

Akut kranskärlssjukdom indelas i akut ST-höjningsinfarkt (ST elevation myocardial infarction (STEMI)) och instabil kranskärlssjukdom. I begreppet instabil kranskärlssjukdom ingår icke ST-höjningsinfarkt (non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)) och instabil angina pectoris. STEMI beror ofta på totalocklusion i något av hjärtats kranskärl. En vanlig orsak till totalocklusion är att ett plack rupturerar som leder till trombotisering av kärlet (Wallentin 2005).

Riskfaktorer för att utveckla kranskärlssjukdom är hypertoni, fysisk inaktivitet, rökning, diabetes, blodfettsubbningar, negativ psykosocial miljö och bukfetma (Yusuf 2004). Andra bidragande faktorer är ärftlighet, manligt kön och ålder (Larsson 2002).

Bröstmärta är det vanligaste symtomet vid akut kranskärlssjukdom vilket förekommer hos mer än 90 % av de som insjuknar i akut kranskärlssjukdom. Även symtom som dyspné, kallsvettning, illamående och ångest kan uppträda. Hos äldre kan symtomen i högre grad vara vaga i form av obehag och trötthet (Wallentin 2005 & Larsson 2002). Symtomen vid hjärtinfarkt och Takotsubo är liknande och svåra att skilja medan behandlingen delvis skiljer sig.

Akut kransskärslsjukdom behandlas genom så kallad revaskulisering med trombolys alternativt PCI (percutaneous coronary intervention). Vid trombolys ges läkemedel som löser upp tromben (proppen) och därmed öppnar kärlet. Vid PCI sker revaskulisering på mekanisk väg med ballongvidgning och inläggande av ett stent (Wallentin 2005). Medicinsk behandling består av Acetylsalicylsyra (ASA), Clopidogrel, betablockad, ACE hämmare och statiner. Denna behandling ökar 1 års överlevnaden och dödligheten minskar med 74% jämfört med de som inte får optimal behandling (Bramlage et al 2009).

HJÄRTSVIKT

Hjärtsvikt definieras som en nedsatt pumpfunktion hos hjärtat som leder till att vävnaderna i kroppen får otillräckligt med blodförsörjning (Andersson 2006). Hjärtsvikt är ingen specifik sjukdom utan det är kliniska symtom som beror på en bakomliggande sjukdom (Hedin & Löndal 2010). Man skiljer på kronisk och akut hjärtsvikt. Definitionen vid akut hjärtsvikt är ett hastigt insjuknande i symtom beroende på onormal hjärtfunktion, detta tillstånd är livshotande och kräver omedelbar vård. Det förekommer både hos dem som tidigare varit friska och hos de individer som har en känd hjärtsvikt. Kronisk hjärtsvikt innebär att det finns en nedsatt pumpfunktion och att sjukdomen är i en stabilare fas (Andersson 2006). Hjärtsvikt är den vanligaste diagnosen hos dem som blir inlagda på sjukhus och står för en stor del av hälso- och sjukvårdens kostnader. I västvärlden har cirka 2% av befolkningen hjärtsvikt, prevalensen ökar med åldern och mellan 70 och 80 år har 10-20% hjärtsvikt (Shafazand et al 2009). I åldrarna över 65 år är 3-års mortaliteten 41% och 31% hos män respektive kvinnor. De senaste 30 åren har dödligheten minskat som ett resultat av införandet av nya mediciner och därmed förbättrad behandling (Shafazand et al 2009). I och med att andelen äldre ökar i befolkningen så ökar även andelen som drabbas av hjärtsvikt. Vanliga symtom på hjärtsvikt är andfåddhet, trötthet, viktuppgång som beror på vätskeansamling i kroppen som exempelvis svullna ben och buk (Swedberg et al 2005). Andra symtom är hosta, ökad urinmängd, försämrad aptit och illamående (Ericson & Ericson 2008).

Den vanligaste orsaken till hjärtsvikt är kransskärslsjukdom (50-75%). Även högt blodtryck, klaffsjukdomar, diabetes, hjärtmuskelsjukdomar, läkemedel och alkohol orsakar hjärtsvikt. Behandling vid hjärtsvikt inriktas på läkemedel som bland annat sänker blodtrycket så att hjärtats arbete avlastas. De läkemedel som ges är betablockerare som sänker blodtrycket och pulsen, ACE hämmare som sänker blodtrycket genom hormonell blockad, aldosteronantagonist som blockerar hormonet aldosteron och ger blodtryckssänkning. Vid vätskeretention ges vätskedrivande läkemedel. Annan behandling är kostråd såsom reglerat intag av vätska då både hjärtvikten och behandling med vätskedrivande läkemedel ökar törsten. Även minskat salt och alkoholintag är en del i behandlingen av hjärtsvikt. Viktnedgång rekommenderas om man är överviktig, även motion i korta perioder i intervall (Swedberg et al 2005).

KARDIOMYOPATI

Kardiomyopati kan vara en anledning till hjärtsvikt och orsakar cirka 10 % av all hjärtsvikt. Kardiomyopati är en sjukdom i hjärtmuskulaturen som finns i två huvudformer. Den ena heter *dilaterad kardiomyopati*, den orsakar hjärtförstoring (dilatation) och hjärtsvikt relaterat till nedsatt pumpförmåga i hjärtmuskeln. Orsaken kan bero på ärftlighet, infektion, toxiska ämnen, ämnesomsättningssjukdomar eller bindvävssjukdomar. I de flesta fall är orsaken okänd. Den andra formen heter *hypertrofisk kardiomyopati*, vilket innebär att hjärtmuskelväggen blir förtjockad. Detta leder till att blodåterfyllnaden i hjärtat och pumpförmågan försämras. Orsaken till denna form kan bero på genetiska defekter som kromosomavvikelse, men orsaken kan även vara okänd. Den hypertrofiska kardiomyopatin är ovanligare än den dilaterade kardiomyopatin men prognosen är bättre (Andersson 2004). Takotsubo omnämns som en form av kardiomyopati i ett flertal vetenskapliga arbeten (Akashi et al 2008, Gaibazzi 2007 & Sharkey 2010).

TAKOTSUBO

Takotsubo är en form av hjärtsvikt som omnämndes för första gången i Japan i början på 1990-talet. Sjukdomen omnämndes även tidigare men då benämnde man syndromet bland annat som ampulla kardiomyopati eller ”apical ballooning”. Denna sjukdom är en form av reversibel kardiomyopati som ger en nedsatt funktion av vänster kammare. Namnet Takotsubo kommer från det kärl som används för att fånga bläckfisk i Japan. Kärlet har ett smalt skaft med en rund ballongformad botten, hjärtat får vid Takotsubo en liknande form som kärlet och därav namnet. Andra namn som använts är stressinducerad kardiomyopati eller brustet hjärta (Akashi et al 2008 & Tarkin et al 2008).

Denna form av kardiomyopati är en svår hjärtsvikt som kan drabba de som utsatts för olika former av stress. Framförallt drabbas kvinnor som passerat klimakteriet. Andelen kvinnor med Takotsubo varierar mellan 69-100% i olika studier (Bybee 2004, Sharkey 2010 & Akashi 2008) och medelåldern är 46-83 år (Akashi 2008). Varför just kvinnor efter klimakteriet framförallt drabbas har forskare studerat. Östrogenets betydelse har studerats men ännu finns bara teorier på hormonets verkan (Akashi et al 2008 & Tarkin et al 2008). Även yngre individer kan drabbas, en sammanställning av flera artiklar har publicerat fall mellan åldern 10-88 år (Bybee 2004).

Stressen som utlöser hjärtsvikten kan vara både fysisk och emotionell och uppstår oftast plötsligt. Det kan vara att en anhörig plötsligt avlider, övergrepp, ett gräl eller utmattande arbete (Akashi et al 2008). Även andra faktorer kan orsaka Takotsubo såsom lågt blodsocker, överfunktion av sköldkörteln, kokain, pneumothorax och hjärnblödning. Gemensamt för dessa tillstånd är att de kan orsaka ökat påslag på sympatiska nervsystemet (Shaibazzi et al 2007). Symtomen beror på mycket höga halter av stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och dopamin vilket påverkar hjärtat toxiskt och försämrar

pumpförmågan i vänster kammare. Det är dock inte gemensamt för alla fall av Takotsubo att insjuknadet föregås av stress (Tarkin, Khetyar & Kaski 2008).

Diagnostiska kriterier för att ställa diagnosen Takotsubo:

- Kortvarigt nedsatt pumpfunktion av vänster kammare.
- Delar av vänster kammare ska vara ballongformad.
- Kranskärnen ska vara fria från åderförkalkning.
- Kliniska tecken som EKG förändringar.
- Förhöjda värden av hjärtenzymet Troponin.

Vid Takotsubo ansågs tidigare att vänster kammarens apikala del skulle vara ballongformad men numer är kriterierna utvidgade till att även mellersta och basala delen antar den formen. En studie har visat på flera fall då kranskärnen var åderförkalkade och anser att man behöver ändra dessa kriterier (Akashi et al 2008 & Gaibazzi 2007).

Symtomen vid Takotsubo är liknande som vid hjärtinfarkt såsom bröstsmärta och andningssvårigheter. Även svimning kan förekomma (Sharkey 2010). Kliniska tecken där EKG visar ST-höjning och läckage av hjärtenzymer tyder också på hjärtinfarkt. De som drabbas genomgår rutinmässigt kranskärnsröntgen vilket oftast inte visar några kärlförändringar utan normala kärl. I stället ser man på ultraljud att hjärtats nedre del har en ballongliknande form med nedsatt pumpfunktion. Cirka 1-2 procent av alla patienter med kliniska symtom på hjärtinfarkt har Takotsubo (Akashi et al 2008).

Både det akuta omhändertagandet och den medicinska behandlingen är densamma som vid hjärtsvikt och hjärtinfarkt. Vid det akuta omhändertagandet genomförs en kranskärnsröntgen men ingen ballongdilatation då kärnen oftast saknar förändringar. Den medicinska behandlingen är betablockerare, ACE hämmare, blodförtunnande och vätskedrivande (Akashi et al 2008). Prognosen och överlevnaden vid Takotsubo är god. Dödligheten på sjukhus varierar mellan <1% till 2%. Andelen som återinsjuknar är inte mer än 10% (Elesber et al 2007). I en studie var överlevnaden efter 4 år 98.6% (Regnante et al 2009) och i en annan var överlevnaden efter cirka 4 år 91% (Valbusa et al 2008). Det är okänt hur hög överlevnaden är efter ett år.

En av de vanligaste och mest allvarliga komplikationer som kan uppstå är lungödem som uppstår sekundärt till nedsatt funktion av vänster kammare. Andra mer allvarliga komplikationer som förekommer är proppbildning som kan orsaka bland annat stroke och arytmier som ventrikulär takykardi och ventrikelflimmer samt kammarruptur. Dessa komplikationer är ovanliga men förekommer (Tarkin et al 2007).

KRIS

Takotsubo uppstår oftast efter emotionell eller fysisk stress, det kan vara förlusten av någon nära anhörig eller något annat som varit stressfyllt. Både orsaker till Takotsubo och sjukdomen i sig innebär en traumatisk kris (Cullberg 2006).

En traumatisk kris är då något yttre hotar individen som en närståendes bortgång, att bli av med arbetet eller att bli ekonomiskt ruinerad. Dessa faktorer gör att tryggheten, individens sociala identitet och fysiska existens hotas. Man kan även drabbas av en livskris då händelser som tillhör det vanliga livet leder till en kris såsom att få barn eller att pensioneras (Cullberg 2006).

Krisens faser delas in i chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringen där de första två delarna är den akuta krisen. Under chockfasen som pågår från ett kort ögonblick till några dygn håller man det realistiska ifrån sig som en följd av att inte kunna ta in det som har hänt. Utåt sett ser man ordnad ut men inuti är det kaotiskt. Detta gör att det är svårt att ta in information och minnas vad som skett. Vid reaktionsfasen börjar man bli öppen för det inträffade och försvarsmekanismer uppstår. Man försöker hitta en mening, frågar sig varför och undrar över varför detta hände just mig. Efter den akuta krisen som kan pågå cirka 4-6 veckor börjar bearbetningsfasen som kan pågå mellan ett halvt till ett år efter traumat. Här ändrar man sina tankar från att tidigare ha sett tillbaka till att börja se framåt igen. Vid nyorienteringsfasen har bearbetning skett och man börjar få nya intressen och relationer. Självkänslan har förbättrats och den genomgångna krisen blir en del av ens liv som inte ska glömmas bort (Cullberg 2006). Att bli utsatt för en traumatisk kris är att gå igenom något som är stressfyllt. Stress har ett samband med att insjukna i hjärtkärlsjukdom. Både stress av mindre allvarlig form och akut ångest är riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom (Tennant 1999). Personer som insjuknar i hjärtinfarkt har en högre stressnivå än andra. Detta gäller både stress i samband med jobbet, hemmet eller ekonomisk stress och är oberoende vilket kön eller vilken del av världen man lever i. Detta tyder på att stress har ett samband med att insjukna i hjärtinfarkt (Rosengren et al 2004 & Yusuf et al 2004).

TEORETISK REFERENSERAM

De flesta som drabbas av Takotsubo blir sjuka efter en föregående svår händelse och den påfrestning detta medför utlöser sjukdomen. Det finns en relevant fråga i detta sammanhang. Vad är det som gör att vissa människor klarar påfrestningar med hälsan i behåll medan andra blir sjuka? Känsla Av SAMmanhang (KASAM) är en teori som grundar sig på denna fråga, därför har vi valt denna som teoretisk referensram.

Aron Antonovsky, professor i sociologi, publicerade KASAM 1979. Han undersökte hur israeliska kvinnor i olika etniska grupper anpassat sig till klimakteriet. En grupp hade fått svara ja eller nej på om de varit i koncentrationsläger. I resultatet visade de sig att den psykiska hälsan vara ganska god hos 29 % av dem som överlevt koncentrationsläger jämfört med 51 % hos en kontrollgrupp. Denna iakttagelse att ett så stort antal individer kunde ha en god hälsa efter att ha varit med om så mycket elände och skräck fick honom att skapa en modell som fokuserar på det friska i dimensionen hälsa-ohälsa. Detta kallas salutogent synsätt som är motsats till patogent där man vill förklara varför människor blir sjuka (Antonovsky 2005).

KASAM sence of coherence

KASAM är ett begrepp som betyder känsla av sammanhang. Det består av de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. I processen finns också generella motståndsresurser och generella motståndsbrister.

Begriplighet comprehensibility

Med begriplighet menas hur man upplever stimuli som förnuftsmässigt gripbara, att man kan förklara och strukturera de upplever och händelser man utsätts för. Även icke önskvärda händelser som krig, död och misslyckanden och ändå kan man göra dem begripbara.

Hanterbarhet manageability

Med hanterbarhet menas hur man upplever de resurser man har att möta de stimuli man utsätts för, dels de som är under ens egen kontroll och dels de som kontrolleras av andra t.ex. familj, vänner, läkare sådana man känner att man kan lita på.

Meningsfullhet meaningfulness

Med meningsfullhet menas vilken betydelse den känslomässiga innebörden av de stimuli man utsätts för har.

De tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan vara av mer eller mindre betydelse i samspelet men den viktigaste komponenten är meningsfullheten. De som har förmåga att finna en mening har störst möjlighet att förstå och lösa problem

(Antonovsky 2005). Man vet att människor har en längtan efter mening och sammanhang. Men det är individuellt vad det innebär för olika personer, det som är meningsfullt för en person kan vara meningslöst för en annan. Det kan växla från tid till en annan och även för en och samma person. Vid sjukdom kan upplevelsen av mening och sammanhang förändras (Dahlberg & Segesten, 2010).

Stimuli kan utlösa olika spänningstillstånd och kallas då stressorer de kan vara positiva eller negativa. De generella motståndsrresurserna är erfarenheter som människan kan använda för att hantera stressorer så att de går att förstå och hantera. De generella motståndsbristerorna gör det motsatta, de försvårar för människan att hantera stressorer.

KASAM kan vara stark eller svag, det är olika för olika individer. KASAM utvecklas från barndomen och till vuxenlivet. Vid 30 årsåldern har den stabiliserats och ändras inte nämnvärt därefter. Personer med stark KASAM har bättre möjlighet att förhindra stimuli till att omvandlas till en stressor. Dessa personer har också bättre möjligheter att hantera ett problem även om det inte kan lösas genom att de har en förmåga att leva med problemet på ett mindre smärtsamt sätt (Antonovsky 2005).

PROBLEMFÖRMULERING

Takotsubo är relativt nyupptäckt diagnos och den forskning som finns fokuserar på orsak, symtom och behandling. För sjuksköterskan är omvårdnadsperspektivet av stor betydelse och i nuläget kan vi inte hitta någon omvårdnadsforskning om denna sjukdom. De flesta av dessa patienter är sedan tidigare friska och när de drabbas blir de plötsligt allvarligt sjuka som följd av en föregående kris. Att drabbas av en oväntad händelse som en akut hjärtsjukdom kan vara svårt att hantera i sig och för dessa patienter kan det bli ytterligare en påfrestning då sjukdomen oftast är utlöst av en stressrelaterad händelse. Eftersom det inte finns någon omvårdnadsforskning om Takotsubo och denna grupp behandlas som hjärtinfarkt eller akut hjärtsvikt vill vi undersöka vilka upplevelser individer har efter att ha drabbats av en akut hjärtsjukdom. Denna kunskap kan öka förståelsen av upplevelsen att insjukna i Takotsubo och vara till hjälp vid omvårdnaden.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa individers upplevelser efter att ha blivit drabbade av en akut hjärtsjukdom.

METOD

Vi har valt att göra en litteraturstudie av kvalitativa studier. Med en sådan studie skapar man en översikt av den kunskap som finns inom ett område som kan vara vårdvetenskapligt eller ett problem inom sjuksköterskans verksamhet. En litteraturstudie kan även göras för att skapa en översikt av den forskning som finns inför en empirisk studie (Friberg 2006).

URVAL

Litteratursökningen inleddes med en övergripande sökning. Sökning gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Inklusionskriterier var att artiklarna var publicerade mellan år 2000-2010, att de hade abstrakt och att de var skrivna på engelska. I Cinahl användes avgränsningen "peer review" och "research article" för att endast få fram vetenskapliga studier som är granskade. I Pubmed användes avgränsningen att artikeln var från år 2000 och framåt. Exklusionskriterier var alla artiklar före år 2000, att de inte var skrivna på engelska, artiklar som saknade abstrakt och vetenskapliga artiklar som ej var granskade.

DATAINSAMLING

De sökord vi använde oss av var enligt tabellen nedan. Vi använde oss av boolesk söklogik med orden AND, OR, NOT. Vi inledde med en övergripande sökning om ämnet. Därefter sökte vi enligt tabellen och läste abstrakt från de träffar vi fick enligt tabellen nedan. Sedan valdes artiklar ut efter abstrakt, relevans och titel och lästes i sin helhet. Ett flertal artiklar togs fram genom manuell sökning i referenslista från kandidatuppsatser, vetenskapliga artiklar och en avhandling. Därefter valdes 12 artiklar som motsvarade vårt syfte.

Översikt av sökningar

Databas	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar
Cinahl 101008	Experience+heart disease	237	0
	Experience+heart disease+qualitative	39	Fleury et al 2001
	Experience+coronary disease	177	0
	Experience+myocardial infarction	249	0
	Experience+myocardial infarction+qualitative	39	Svedlund et al 2000
101018	Experience+acute myocardial infarction	94	0
	Experience+cardiac event	29	0
	Experience+coronary heart disease+nursing	8	0
101115	Experience+myocardial infarction+qualitative	39	Doiron-Maillet 2003, Kristofferzon et al 2007, Stewart 2003, Svedlund& Axelsson 2000,
	Myocardial infarction + recovery	255	Jackson et al 2000
	Myocardial infarction + recovery + experience	19	Kerr & Fothergill-Bourbonnais 2002, Tobin 2000
Pubmed 101118	Cardiac+experience+qualitative	236	0
Manuell sökning 101115			Jensen & Petersson 2003, Johansson et al 2003, Stewart et al 2000

DATAANALYS

Valda artiklar analyserades med Evans modell för analys av kvalitativa studier (Friberg 2009). Artiklarna lästes i sin helhet flera gånger av båda författarna. Vi sökte efter likheter och skillnader för att identifiera olika teman. Dessa noterades och författarna diskuterade de olika teman som vi kommit fram till. Därefter lästes artiklarna ytterligare för att inkludera teman som eventuellt inte observerats. Sedan lästes artiklarna igen och vi strök under de teman vi valt med olika färger.

ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE

I vår litteraturstudie har vi använt oss av vetenskapliga artiklar som är granskade. När vi har analyserat artiklarna har vi försökt att vara objektiva. I alla artiklar uppges att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Det framkommer i 9 artiklar att de är godkända av en etisk kommitté, i 3 artiklar nämns inte något om etiskt godkännande.

RESULTAT

Vid analys av artiklarna fann vi olika teman som är emotionella reaktioner, stöd, hantera sjukdom och livsförändring.

EMOTIONELLA REAKTIONER

Många hjärtsjuka beskrev att sjukdomen kom som en total överraskning. Kvinnorna sökte inte alltid vård direkt utan väntade för att se om symtomen försvann (Svedlund, Danielsson & Norberg 2000). Efter insjuknandet kunde det vara ett stort spann mellan att inte vara rädd och ha en stark rädsla. Många känslomässiga reaktioner beskrevs, det kunde vara hjälplöshet, svaghet, skam, självförebåelse, ångest, rädsla, de kunde också vara ledsna och deprimerade (Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003, Svedlund et al 2000, White, Hunter, & Holttum 2007). Flera fick koncentrationsproblem, ökad irritabilitet och hade lättare till gråt. Många kände skuld över sin tidigare livsstil (Jensen & Petersson 2003) och de var arga på sig själva (Fleury, Sedikides, & Lunsford 2001).

"I think it was my own fault too—so I have a little feeling of guilt towards myself" (Jensen & Petersson 2003).

Flera upplevde en känsla av skuld och skam för att de blev svaga och trötta och inte orkade lika mycket som förut. Det fanns kvinnor som inte avslöjade sina besvär för de ville inte vara gnälliga (Svedlund et al 2000, Svedlund & Axelsson 2000) och inte oroa sin anhöriga. Det förekom att kvinnor som låg på sjukhus oroade sig för hur man och barn skulle klara av situationen. Vissa förnekade att de var sjuka, de trodde att kanske personalen gjort en felbedömning och att de kanske inbillade sig sjukdomssymtomen. Situationen att ha drabbats av akut hjärtsjukdom kändes överklig (Svedlund et al 2000).

” I wondered myself how I really felt. Am I ill or is it my imagination ” (Svedlund et al 2000).

Många kände sig rädda för komplikationer som kunde uppstå, det fanns rädsla för döden och för att återinsjukna. En annan rädsla var att bli en börda för någon (Jackson et al 2000, Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2007, Svedlund & Axelsson 2000). Många beskrev att det upplevde en osäkerhet inför framtiden när de inte längre vågade lita på att kroppen skulle hålla sig frisk (Johansson, Dahlberg & Ekebergh 2003). Flera kvinnor var rädda att det inte skulle kunna göra saker som de gjort före hjärtsjukdomen (Tobin 2000).

Efter utskrivning från sjukhuset ökade osäkerheten (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Jackson et al 2000, Johansson et al 2003). De hjärtsjuka kände sig rädda och frustrerade som följd av att ha förlorat kontrollen och det fanns rädsla för att våga utföra fysisk aktivitet (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Jackson et al 2000). En del kvinnor kände att de hade förlorat kontrollen över hemsituationen och de var rädda för att utföra hushållsarbete (Stewart et al 200, Tobin 2000). Många var osäkra på vilka aktiviteter som var tillåtna och hur mycket de vågade anstränga sig. I en studie framkom att det fanns stress för att ha sex då det fanns rädsla för att bli sjuk igen (Svedlund & Axelsson 2000). Det fanns även rädsla för framtiden och döden. De drabbade berättade att de var ledsna deprimerade och kände sig känslomässigt labila (Jackson et al 2000).

”I want to be tough and not show so much feeling” (Svedlund et al 2000).

Även anhöriga upplevde rädsla, oro, ångest och frustration över att deras nära skulle återinsjukna men det fanns även känslor av solidaritet och kärlek (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Svedlund & Axelsson 2000). I en studie beskrevs att det i vissa fall kunde vara svårare för de anhöriga än för de som insjuknat (Jensen & Petersson 2003).

STÖD

Stöd från närstående/medpatienter

Efter att man drabbades av en akut hjärtsjukdom sökte många känslomässigt stöd från närstående (Fleury et al 2001, Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003, Johansson et al 2003, Kristofferzon et al 2007, Stewart, Davidson, Meade, Hirth, & Makrides 2000, Tobin 2000, White et al 2007). Hos kvinnor var framförallt maken ett viktigt stöd men även barn, släktingar, vänner och grannar var viktiga som en del av tillfrisknandet (Jensen & Petersson 2003, Jackson et al. 2000). Under den första tiden efter hjärtinfarkten blev det uppenbart att stödet hade en viktig del för tillfrisknandet (Jensen & Petersson,2003, Tobin 2000). Det var under denna tid som stödet och då framförallt känslomässigt stöd var viktigast (Kerr & Fothergill-Bourbonnais 2002). Stödet från närstående ledde till att kvinnor blev stärkta och vågade lita på sina färdigheter då de testade sina gränser (Kristofferzon et al 2007). En del

kvinnor kunde också känna sig överbeskyddade av deras makar (Kristofferzon et al 2007, White et al 2007). Detta samt att de kände sig kontrollerade kunde leda till ilska och frustration (Jensen & Petersson 2003, Kristofferzon et al 2007) Denna kontroll och överbeskyddande både gynnade och hindrade personen som behövde stöd och den relation personen har spelade en roll i tillfrisknandet (Tobin 2000).

Kvinnor försökte få kontakt med andra personer för att få emotionellt stöd. Genom att prata med närstående om rädsla och andra känslor försökte de förändra sig själva (Fleury et al 2001). Detta stöd gjorde att man upprätthölls medan man försökte hitta styrkan i tillfrisknandet (Fleury et al 2001, Kristofferzon et al 2007). Genom att berätta vad man hade gått igenom fick man en förståelse över vilka förändringar som skett. Man sökte efter personer som förstod och tillgodosåg deras behov (Fleury et al 2001). En annan studie beskrev att man kan uppleva det svårt att träffa sina vänner efter insjuknandet. Flera nämnde även att de behövde någon som uppmärksammade erfarenheten som följde efter hjärtinfarkten (Stewart et al 2000).

Johansson et al (2003) beskrev i sin studie om avsaknad av stöd då de kom hem efter att ha varit inlagda på sjukhus. Denna saknad av stöd gjorde att de blev ännu mer osäkra då de kände sig ensamma och övergivna.

Andra patienter som insjuknat i en hjärtsjukdom var en resurs för att få stöd (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Kristofferzon et al 2007, Stewart et al 2000, White et al 2007). I en studie beskrev kvinnorna att det framförallt var andra kvinnor som drabbats som var det viktigaste emotionella stödet (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003). Genom att delge sina upplevelser för varandra fick de större förståelse för det inträffade. Även andra kvinnor som de mötte på hjärtrehabiliteringen gav stöd (Kristofferzon et al 2007, White et al 2007).

"..it is much meaningful coming from someone who knows just what it is like-someone you can relate to" (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003).

"We walk together, and we check our pulse and things like that. We compare a lot. Things like that are good to share with someone who knows just what you are talking about" (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003).

Stöd från vårdpersonal

Sjukvården gav ett bra stöd men vissa var besvikna över bristfällig information. Den kunde vara alltför likriktad och de råd som gavs kunde kännas för många (Johansson et al 2003). De behövde specifik information (Jackson et al 2000). Upplevelsen var att det var alltför svårt att leva upp till de råden vilket kunde leda till osäkerhet. Kvinnorna som drabbades av

hjärtinfarkt behövde ses som individer (Johansson et al 2003). I en svensk studie beskrevs att det var framförallt information över vilka problem som kan uppträda när de kommit hem från sjukhus som saknades. Ett flertal män kunde känna att läkarna var stressade, att de inte tog dem på allvar och gav dem antingen för lite eller oväsentlig information. I samma studie beskrev kvinnorna att de fick information både från sjuksköterskor och läkare och att det var viktigt att informationen gavs både muntligt och skriftligt. Framförallt sjuksköterskan uppskattades, som upplevdes lättare att få kontakt med och de hade en bättre och enklare dialog jämfört med läkarna. Det var framförallt män som upplevde stödet från sjuksköterskor viktigt (Kristofferzon et al 2007). I ett flertal studier framkom det att de som genomgått hjärtrehabiliteringsprogram oftast upplever det positivt (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003, White et al 2007). De fick svar på många frågor (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003) och på varför de hade fått en hjärtinfarkt (Jensen & Petersson 2003).

HANTERA SJUKDOM

Efter att man hade drabbats av en hjärtsjukdom så försökte man hitta förklaringar på orsaker och omständigheter som kan ha varit bidragande faktorer till att man blivit sjuk. (Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003, Svedlund et al 2000, White et al 2007). De upplevde att det fick för lite information om sin sjukdom. I ett flertal studier beskrev de som insjuknat att de själva letade efter information för att begripa (Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003, Stewart et al. 2000, White et al 2007). För lite kunskap och förståelse om hjärtinfarkt ledde till att man fick en ökad oro och ångest (Jackson et al 2000). För att hantera sjukdomen sökte både den drabbade och anhöriga efter kunskap om sjukdomen (Fleury et al 2001, Stewart et al 2000, Tobin 2000). Kvinnorna utforskade vad de kan och inte kan göra (Tobin 2000). De som insjuknat frågade sig varför de hade blivit drabbade men var också tacksamma över att ha överlevt och fått en andra chans (Jensen & Petersson 2003, Fleury et al 2001). Fleury et al (2001) beskrev att kvinnorna värderade sitt tidigare liv för att få en förståelse för det som hade hänt. De insåg att livet är skört och de fick en förändrad livsuppfattning. Från att ha förlorat en del av sig själva gick man vidare till att få ett nytt synsätt och omvärderade sin tidigare roll (Fleury et al 2001). För att lösa problem och hantera sjukdomen använde sig en del av personliga resurser som beslutsamhet, vilja, övertygelse och humor (Jensen & Petersson, 2003).

Efter den akuta fasen av sjukdomen så började de blicka framåt (Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003, White et al 2007). De granskade sitt tidigare beteende för att begripa och strukturera livsförändringar (Fleury et al 2001). Efter en tid tror de att allt ska bli som vanligt igen och de blir mindre rädda och det inger förtroende (Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003, White et al 2007). Jackson et al (2000) beskrev att kvinnorna kunde reflektera på det som hade hänt först tre veckor efter sjukhusvistelsen (Jackson et al 2000).

Det kan vara svårt att förstå att man har haft en hjärtinfarkt (Kristofferzon et al 2007). Doiron-Maillet et al (2003) skrev om att unga kvinnor som hade drabbats hade svårt för att förstå det inträffade då det inte stämde överens med deras tidigare kännedom. Det kom som en stor överraskning då de flesta inte kunde ana att man skulle drabbas (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003). En svensk studie beskriver hur kvinnorna kämpade mot

sjukdomen och konsekvenserna som följer och att en del accepterade det faktum att de inte är lika starka som tidigare (Svedlund & Axelsson 2000). Ett flertal studie beskrev att kvinnorna som insjuknat i hjärtinfarkt förnekade det som hade hänt (Svedlund et al 2000, Svedlund & Axelsson 2000). Svedlund et al (2000) beskrev att de håller verkligheten ifrån sig och upplevde att det inte hade hänt. Trots att kvinnorna kände att något hade inträffat fortsatte de att förneka det. De oroade sig mer för andra än för sig själva (Svedlund et al 2000). Kvinnorna ville inte vara någon sjuk person och förnekade därför sjukdomen och förträngde den ångest som uppstod (Svedlund & Axelsson 2000).

"Surprised, it shouldn't happened to me...neither smoker, nor overweigh...and the test value have been fine..in fact, it wasn't an infarct, even if they class it as one.." (Kristofferzon et al 2007).

I flera studier beskrev kvinnorna som drabbades av hjärtinfarkt att de accepterade den nya situationen och anpassade sig efter begränsningarna såsom råd och restriktioner (Kristofferzon et al 2007, Tobin 2000). En studie beskrev att kvinnor som såg begränsningarna som oövervinneliga hade en svårighet att anpassa sig till den nya situationen och de hade en pessimistisk syn på tillfrisknandet. Däremot ändrades synen allteftersom och då accepterades begränsningarna och tillfrisknandet kändes mer säkert (Tobin 2000). I andra studier fanns individer som förnekade sin sjukdom. Denna copingstrategi kunde leda till att den känslomässiga påverkan förvärrades. I samma studie beskrev personerna att man använde sig av olika aktiviteter som ett sätt att hantera den stress och negativa känslor som uppkom efter att man hade drabbats av en hjärtinfarkt (Stewart et al 2000). Det kunde ta tid att lära sig hur man ska hantera och leva med sin sjukdom (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003).

Johansson et al (2003) skriver att kvinnorna försökte försona med sig själva för att kunna gå vidare i livet. Försoningen innebar att som kvinna få ett nytt förhållande till sig själv, till sitt liv och till sin kropp. Kvinnorna kunde inte försonas direkt efter insjuknandet men med hjälp och stöd gick man stegvis tillbaka till ett normalt liv genom att skapa en ny attityd till sig själv (Johansson et al 2003). Först därefter kunde kvinnorna möta sina nya liv då de litade på sig själva (Johansson et al 2003, Kristofferzon et al 2007).

"I was in such disbelief, I thought, they can't be doing this to me. I didn't realize the serious situation that I was in" (Stewart et al 2000).

I en studie beskrev kvinnorna att de till slut måste begripa det som har hänt, att ett livshotande tillstånd har skett. Man behövde även godta de begränsningar som följde efter en hjärtinfarkt (Svedlund et al 2000). Doiron-Maillet et al (2003) beskrev i sin studie att kvinnorna utvärderade sin nuvarande situation och blickade därefter framåt. I den studien utvecklade kvinnorna de metoder som behövdes för att kunna hantera det inträffade först efter 8 till 10 veckor efter insjuknandet. Dessa metoder behövdes för att återfå kontrollen och för att kunna leva med osäkerheten som följde efter en hjärtinfarkt (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003).

LIVSFÖRÄNDRING

Ilkska och frustration förekom för att det förväntades att man skulle behöva göra livsstilsförändringar, att behöva avstå från saker som att arbeta, behöva vara restriktiv i aktiviteter och att ta det lugnt (Jackson et al 2000, Jensen & Petersson 2003). Alla behövde inte göra livsstilsförändringar för deras riskfaktorer indikerade inte att det behövdes. Det kunde vara svårt att ändra livsstil, vissa insåg att det var nödvändigt och försökte men alla klarade det inte (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Svedlund et al. 2000, Tobin 2000). En studie beskrev att de som ändrade sina vanor direkt efter insjuknandet genom att sluta röka och ändra kost hade efter ett år fallit in i sina gamla vanor igen (Svedlund & Axelsson 2000). I Tobins studie visade det sig att de kvinnor som upplevde förbättring av sin hälsa när livsstilen ändrades hade bäst förutsättning att behålla den.

Fysisk förändring

Efter att ha genomgått en akut hjärtsjukdom drabbas många av kroppslig förändring, de blir svagare samt besväras av trötthet och orkar inte med alla sysslor i hemmet (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Svedlund & Axelsson 2000, Tobin B 2000). Tröttheten gjorde att det krävdes planering och anpassning när aktiviteter skulle utföras (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003).

" I don't like it, but if I get tired I just sit down for a few minutes. Then I get up and go again " (Tobin B 2000).

Psykosocial förändring

Kvinnorna berättade att de fått annan syn på livet. Insikten om sin egen dödlighet kom nära då man insett att man överlevt en akut hjärtsjukdom. Det fanns en tacksamhet för att ha överlevt och livet fick ett annat värde och man försökte acceptera sin sjukdom (Fleury et al 2000, Kristofferzon et al 2007, Svedlund et al 2000, Tobin 2000).

" I cannot manage the same way as before and this follows so much "(Svedlund et al 2000).

Att umgås med familj och vänner var ofta baserade på olika aktiviteter och det kunde bli stora förändringar för de hjärtsjuka när de inte kunde delta på samma sätt som tidigare. Några tyckte det var besvärligt att möta vänner, de orkade inte (Stewart et al 2000). Andra tyckte att familj och vänner var bland det viktigaste för tillfrisknandet (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003). Flera studier beskrev att en tid efter insjuknandet började kvinnorna ifrågasätta sina roller. Att vara beroende av andra kunde kännas svårt. Att inte kunna vara kvar i sin tidigare aktiva roll upplevdes som förlust. Att anpassa sig till förändrade roller var olika svårt för olika individer (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003, Jackson et al 2000, Kerr & Fothergill-Bourbonnais 2002). Fleury et al (2000) visade i sin studie att när kvinnor accepterat sin förändring blev de mer öppna för att se nya möjligheter i livet

DISKUSSION

MEDTODDISKUSSION

Vi valde att göra en analys av kvalitativa artiklar vilket verkade vara en passande metod för vårt syfte som var att belysa de upplevelser individer har efter akut hjärtsjukdom. Vi sökte artiklar i databaserna Pub med och Cinahl. De flesta artiklarna hämtades från Cinahl eftersom den databasen framförallt har artiklar som är inriktade på omvårdad och det motsvarade vårt syfte bäst. Vi gjorde fler sökningar än det som redovisats i tabellen men dessa var ej relevanta för vårt slutgiltiga syfte. Anledningen till att vi valde kvalitativa artiklar var att vi ville fokusera på upplevelser och det framkom bäst i de artiklarna. Vi har använt oss av 12 kvalitativa artiklar varav 10 handlade om kvinnor. Anledningen till det var att de flesta som drabbas av Takotsubo är kvinnor och vi vill applicera vårt resultat på denna grupp. En annan orsak var att vi endast sökte efter artiklar gjorda efter år 2000 och i den tidsramen är det troligtvis fler studier som beskriver kvinnors upplevelser efter hjärtsjukdom. Detta eventuellt som en orsak till att det tidigare uppmärksammats att forskningen fokuserats på män

Artiklarna var från Sverige, Canada, Danmark, Australien och England. Forskningen var gjord i västvärlden där det finns en bra tillgång till offentlig sjukvård och det gör att artiklarna blir samstämmiga. Därför blir resultatet i vår litteraturstudie tillförlitligt då det liknar de svenska förhållandena. Alla artiklar vi använde var skrivna på engelska vilket kan ha medfört en risk för misstolkningar då begrepp översätts till svenska. Artikelsökningarna resulterade i ett flertal artiklar av samma författare. Vi valde att använda två artiklar från en författare då de var relevanta för syftet. Genom att utesluta flera artiklar av samma författare får resultatet ett bredare perspektiv då man undviker att urvalet gjordes från samma population samt den påverkan som författaren har.

Tidsintervallen då intervjuerna gjordes varierade mellan direkt efter insjuknandet upp till ett år. Detta kan ha påverkat resultatet då eventuellt upplevelsen kan skilja sig beroende på tidsperspektivet. I de flesta av artiklarna var det få individer i urvalet vilket kan påverka resultaten då populationen som studerats var liten.

RESULTATDISKUSSION

I vårt resultat framkommer det att det är en svår upplevelse att få en akut hjärtsjukdom. Det leder till att livet plötsligt förändras och inget är längre sig likt. Sjukdomen kan i det akuta skedet vara livshotande och det leder till flera känslomässiga reaktioner och en rädsla för att dö (Roebeck et al 2001). Framförallt kvinnor med diffusa symtom söker inte vård direkt när de blir sjuka. De väntar och tror att symtomen ska gå över. Det är inte alltid de inser att

symtomen kommer från hjärtat. Vanligt förekommande är känslor av skuld för att man har blivit sjuk och skuld för sin tidigare livsstil. Många känner osäkerhet och rädsla inför framtiden. Det kan finnas känslor av ilska för att man blivit sjuk trots att man levt hälsosamt (Roebeck et al 2001). Att bli akut sjuk innebär att man hamnar i en traumatisk kris. Den första tiden är individen i en chockfas och den som blivit sjuk har ett inre kaos och en svårighet att ta in information och det finns en svårighet att begripa (Cullberg 2006). En studie beskriver att det finns individer som känner sig deprimerade, arga och irriterade upp till 6 mån efter insjuknandet. En del upplever avsaknad av livslust, de känner hopplöshet och kan bli deprimerade. Allteftersom tiden går så anpassar sig de flesta till situationen och ser ljusare på framtiden (Kristofferzon et al 2007). Eftersom patienter som insjuknar i Takotsubo har ett liknande sjukdomsförlopp som vid akut hjärtsjukdom så kan man anta att liknande känslomässiga reaktioner uppkommer hos dem.

Resultat visar att det finns ett stort behov av stöd hos de som insjuknat i akut hjärtsjukdom. För att kunna bearbeta den kris som uppstått behöver man få stöd (Cullberg 2006). Det finns en stor okunskap om hjärtsjukdomar och flera beskriver att informationen är otillräcklig och inte tillräcklig individanpassad. Enligt hälso och sjukvårdslagen (HSL, SFS, 1982:763) 2b § ska man få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, vården och den behandling som finns. Antonovsky (2005) beskriver i sin teori om KASAM begreppet begriplighet. Genom att få optimal information om sin sjukdom kan man troligtvis få det lättare att förstå och strukturera sina upplevelser, vilket leder till en bättre begriplighet. Det finns hjärtrehabilitering där man kan få information, träning och möjlighet att träffa andra i liknande situation. Kvinnor som var med i sådana grupper kände sig säkrare och mer motiverade till att göra livsstilsförändringar. De upplevde att de fick ett bra stöd av både personal och övriga deltagare (Kristofferzon et al 2008). I en studie framkom det att stöd och goda sociala relationer var förknippat med mindre risk att utveckla depression (Barefoot et al 2003). En annan studie visade att det fanns en större risk att återinsjukna om man fick ett dåligt socialt stöd (Pedersen et al 2004). Individer som insjuknat i Takotsubo får inte vad vi känner till samma möjligheter till stöd då de inte inkluderas i hjärtrehabiliterings-program. De har därför inte samma möjlighet att träffa individer i samma situation vilket i andra grupper med hjärtsjuka visat sig vara en viktig resurs för att bättre hantera sin sjukdom. Det finns en okunskap hos vårdpersonal om sjukdomen och patienternas frågor kan bli obesvarade. Det kan finnas en risk att det skiljer sig mellan de som drabbats av Takotsubo och andra hjärtsjuka eftersom de oftast har utsatts för emotionell stress före insjuknandet. Detta kan möjligen påverka hur de mår efteråt och kanske är de mer i behov av stöd då deras tillstånd av stress före insjuknandet oftast är obearbetat.

Vår litteraturstudie visar att man hanterar sjukdomen på olika sätt. I det akuta skedet finns ett inre kaos och har därför är det svårt att ta in information och att förstå det som hänt. Många förnekar sin sjukdom och eftersom kvinnor i större grad har diffusa symptom (Larsson 2002) söker de inte vård direkt. Man kan ha svårigheter att förstå och anpassa sig till situationen om man förnekar det som hänt. Många frågar sig varför och söker efter svar. Enligt Antonovsky (2005) är det viktigt att begripa vad som hänt för att kunna hantera sin situation och få en känsla av sammanhang. De som insjuknat i hjärtsjukdom är sårbara och i behov av stöd och information för att bättre kunna förstå och hantera sin sjukdom. I bearbetningsfasen börjar anpassningen till de begränsningar som uppstår. Vill man gå vidare i livet måste man anpassa sig till de begränsningar som uppkommer (Hildingh 2007). Hos individer med Takotsubo skiljer sig troligtvis begränsningarna jämfört med övriga hjärtsjuka då sjukdomen är reversibel och

symtomen är övergående. Trots detta får de livslång läkemedelsbehandling och har genomgått ett livshotande tillstånd som de behöver bearbeta och hantera. Osäkerheten som uppstått efter sjukdomen är något de behöver lära sig att leva med. Man behöver anpassa sig till den nya situationen och försonas med sig själv och sitt förändrade liv. En studie med yngre kvinnor skiljde sig från övriga då den gruppen i högre grad hade svårt att förstå det inträffade eftersom de trodde att yngre kvinnor inte drabbas av akut hjärtsjukdom.

I resultaten framkommer det att många behövde göra livsstilsförändringar i form av ändrad kost, ökad motion och rökstopp. Även psykosociala faktorer såsom förändrad roll och synsätt påverkas efter akut hjärtsjukdom. Många ifrågasätter sina tidigare roller och får ett annat perspektiv på livet och vad som är viktigt. De som insjuknar Takotsubo behöver troligtvis göra förändringar för att kunna hantera sin stress. Detta kan även innebära en förändrad roll för att förhindra att de återinsjuknar. Det kan ta upp till ett år att förändra sina tankar och sin roll och först då har man bearbetat traumat (Cullberg 2006). Motivationen att göra livsstilsförändringar ändras troligen om man blir sjuk. Hos en del kan det vara svårare och eventuellt påverkar ens känsla av sammanhang hur man förändrar sitt liv efteråt. Gör man livsstilsförändringar får man troligtvis också bättre livskvalité. Ett starkare KASAM är förknippat med bättre livskvalité (Gustavsson & Bränholm 2003).

Eftersom vi i nuläget inte hittar någon omvårdnadsforskning om Takotsubo valde vi att undersöka liknande grupper. Det finns begränsningar i resultatet eftersom det krävs en försiktighet vid tolkningen av studierna. Vårt resultat kan vara användbart vid omvårdnad av personer som insjuknat i Takotsubo eftersom de har en liknande sjukdomsbild som akut hjärtsjukdom. För att kunna ge en evidensbaserad vård behöver det göras forskning på personer som drabbats av Takotsubo.

SLUTSATS

Att drabbas av en akut hjärtsjukdom är en svår upplevelse där livet plötsligt förändras. För att få en ökad förståelse för individen är det viktigt att ha kunskap om upplevelsen vid en akut hjärtsjukdom. Sjuksköterskan har en viktig roll i att stödja och informera de som insjuknat. Då det i nuläget saknas omvårdnadsforskning om Takotsubo kan man troligtvis applicera vårt resultat på denna grupp och ge dem liknande omvårdnad som vid akut hjärtsjukdom. Det finns troligtvis skillnader eftersom Takotsubo oftast föregås av stress och tillfrisknandet och prognosen ser annorlunda ut för denna grupp. Därför behövs det göras omvårdnadsforskning på denna grupp för att tillgodose deras behov.

REFERENSER

- Akashi, J. Y., Goldstein S. D., Giuseppe B., Ueyama T. (2008). Takotsubo - Cardiomyopathy: A new form of acute, reversible heart failure. *Circulation*, (118); 2754-2762.
- Andersson, B. (2006). *Akut hjärtsvikt : orsaker, symtom, diagnos och behandling*. Sollentuna: Orion Pharma
- Andersson, B., Shaufelberger M., Währborg P. (2004). *När hjärtat sviker*. (2:a upplagan). Trosa: Trosa tryckeri AB.
- Antonovsky, A., & Elfstadius, M. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Barefoot, J.C. et al. (2003). Aspect of social support associated with depression at hospitalizing and follow-up assessment among cardiac patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 23; 413-414.
- Bramlage, P. et al. The effect of optimal therapy on 1-year mortality after acute myocardial infarction. *Heart*. 2009; 15 (1), 6-16.
- Bybee, A. K. et al. (2004). Systematic review: Transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Annals of internal medicine*. (141); 858-865.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Doiron-Maillet, N., & Meagher-Stewart, D. (2003). The uncertain journey: women's experiences following a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 14-23.
- Elesber, A., Prasad, A., Lennon, R. et al. (2007). Four year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome. *Journal of American college of cardiology*. 50; 448-452.
- Ericson E., Ericson T. (2008) *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Fleury, J., Sedikides, C., & Lunsford, V. (2001). Women's experience following a cardiac event: the role of the self in healing. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), 71-82.
- Friberg, F. (2009) *Dags för uppsats* Lund; Studentlitteratur AB.
- Gaibazzi, N., Ugo, F., Vignali, L., Zoni, A., Reverberi, C., Gheri, T. (2007). Tako-tsubo

cardiomyopathy with coronary artery stenosis: a case-series challenging the original definition. *International journal of cardiology*, 133 (2): 205-12.

Gustavsson, A., Bränholm, I.-B. (2003). Experienced health, life satisfaction, sense of coherence, and coping resources in individuals living with heart failure. *Scandinavian journal of occupational therapy*; 10; 138-143.

Hedin, K., & Löndahl, M. (2010). *Hjärt-kärlsjukdomar : [hypertoni, dyslipidemi, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, rytmrubbningar, klaffsjukdomar, perifer kärlsjukdom, trombossjukdomar]*. Lund: Studentlitteratur.

Hildingh, C., Fridlund, B., Lidell, E. (2007). Women's experience of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis. *Heart and lung*. 36 (6); 410-417.

Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., et al. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1403-1411.

Jensen, B. O. & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education & Counseling*, 51(2), 123-131.

Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 229-236.

Kerr, E. E. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2002). The recovery mosaic: older women's lived experiences after a myocardial infarction. *Heart & Lung*, 31(5), 355-367.

Kristofferzon, M., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 391-401.

Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-5 months after myocardial infarction. . *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3);367-375

Larsson, S. (2002) *Kardiologi-Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur AB.

Pedersen, S.S., Van Domburg, R.T., Larson, M.L. (2004). The effect of social support on short term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Psychology*. 45; 313-318.

Regnante, R.A., Zusek, R.W., Weinsier, S.B., Latif, S.R., Linsky, R.A., Ahmed, H.N., Sadiq, I. (2009). Clinical characteristics and four-year outcomes of patients in the Rhode Island Takotsubo Cardiomyopathy Registry. *American journal of cardiology*. 103 (7) 1015-1019

Rosengren, A. et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 364 (9438); 953 - 962

Shafazand, M. (2009). *Epidemiology of heart failure and feasibility of home care in patients with worsening chronic heart failure*. Göteborg: Department of Emergency and Cardiovascular Medicine, Dept. of Medicine, Sahlgrenska University Hospital/Östra Institute of Medicine, The Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg

Shafazand, M., Schaufelberger, M., Lappas, G., Swedberg, K., Rosengren, A. (2009). Survival trends in men and women with heart failure of ischaemic and non-ischaemic origin: data for the period 1987–2003 from the Swedish Hospital Discharge Registry. *European heart journal*. 30 (6); 671-678

Sharkey, S., Windenburg, C. D., Lesser, R. J., Maron, S. M., Hausr, G. R., Lesser, N. J., Haas, S. T., Hodges, S. J., Maron, J. B. (2010). Natural history and expansive clinical profile of stress (Tako-Tsubo) cardiomyopathy. *Journal of the American college of cardiology*. 55 (4) 333-341.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 2010-12-29 från:
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>

Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1351-1360.

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(4), 256-265.

Svedlund, M., Danielsson, E., Norberg, A. (2000). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2); 197-205

Swedberg, K. et al. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005) The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *European heart journal*. 26 (11); 1115-1140.

Tarkin, M. J., Khetyar, M., Kaski, C. J. (2008). Management of Takotsubo syndrome. *Cardiovascular drugs therapy*. (22); 71-77.

Tennant, C. (1999). Life stress, social support and coronary heart disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 33; 636–641

Tobin, B. (2000). [Getting back to normal: women's recovery after a myocardial infarction](#)

Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 11 (2): 11-9

Yusuf, S. et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 364 (9438);937-52.

[Valbusa, A.](#) et al. (2008). Long-term follow-up of Tako-Tsubo-like syndrome: a retrospective study of 22 cases. *Journal of cardiovascular medicine*. 9 (8); 805-809.
Wallentin L. Akut kranskärlssjukdom. Stockholm:Liber; 2005.

White, J., Hunter, M., & Holttum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 278-288.

BILAGOR

Bilaga 1

The illness experience of patients after a first time myocardial infarction

Författare: Ostegaard Jensen B, Petersson K. 2003.

Syfte: Att undersöka patienters upplevelse av sjukdom efter en första hjärtinfarkt med fokusering på livssituationen och tillfrisknandet under en tid.

Metod: Semistrukturerade intervjuer. 22 personer. Kvalitativ. Danmark.

Resultat: Det huvudsakliga resultatet är osäkerhet över livssituationen. Fyra kategorier som kommer fram är ”sökandet efter behandling”, ”existensiellt hot”, ”akuta fasen”, ”behov av kunskap och stöd”, ”förebygga ännu en hjärtinfarkt”.

Women's experience following a cardiac event: the role of the self in the healing

Författare: Fleury J, Sedikides C, Lunsford V. 2001.

Syfte: Identifiera och beskriva kvinnors upplevelser av att skapa ett ändrat jag efter att ha fått diagnosen hjärt-kärlsjukdom.

Metod: Intervjuer, naturalistisk design. 13 kvinnor. USA.

Resultat: Förklaring av den process och de utmaningar som kvinnor erfar då de ska skapa ett ändrat jag efter att ha fått diagnosen hjärt-kärlsjukdom. De tre kategorier som framkom var ”sökandet efter mening”, ”skapa skicklighet” och ”acceptera sig själv”.

Living with experiences following a myocardial infarction

Författare: Johansson A, Dahlberg K, Ekebergh M. 2003.

Syfte: Att utforska kvinnors erfarenheter efter en hjärtinfarkt genom att använda ett livsvärldsperspektiv.

Metod: Kvalitativ. Fenomenologisk. Intervjuer. 8 kvinnor. Sverige.

Resultat: Att leva efter att ha haft en hjärtinfarkt leder till en osäker existens som beror på att kvinnorna känner sig osäkra i förhållande till deras kroppar. De kan inte lita på deras kroppar vilket betyder att de inte kan lita på sig själva. Livsvärlden är hotad och de vet inte hur de ska leva sina liv. De längtar efter en försoning med sjukdomen och genom det uppnå välmående och harmoni trots sjukdomen och genom detta få ett nytt förhållande till deras kroppar och deras livsvärld.

Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction

Författare: Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. 2005.

Syfte: Att beskriva upplevelsen av kvinnors och mäns dagliga liv under de första 4-6 månaderna efter en hjärtinfarkt. Fokus på problem, hantera problem, stöd från deras nätverk.

Metod, design: Semistrukturerade intervjuer. Deskriptiv, retrospektiv och kvalitativ design. 20 kvinnor, 19 män. Sverige.

Resultat: De huvudsakliga resultaten var teman ”hotat dagligt liv”, ”Kämpa för kontroll”, ”Tvetydligt nätverk”.

Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study

Författare: Jackson D, Davidsson P, Elliott D, Cameron-Traub E, Wade V, Chin C, Salamonson Y. 2000.

Syfte: Att undersöka upplevelser av tillfrisknande av en grupp kvinnor som överlevt en hjärtinfarkt första gången i tidig utskrivningsperiod.

Metod: Deskriptiv design. Semistrukturerad intervju. 10 kvinnor varav 5 var immigranter. Australien.

Resultat: Under tillfrisknandet är det många tankar, reflektioner och frågor. Det är upplevelser av rädsla, osäkerhet och emotionell labilitet. Det framkommer också att det är en brist på information till kvinnor som haft hjärtinfarkt.

How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping

Författare: White J, Hunter M, Holtum S. 2007.

Syfte: Att undersöka ”anpassning” hos kvinnor som haft hjärtinfarkt, vilken uppfattning de har om sjukdomshändelsen och vilken inverkan detta har på deras relationer och copingstrategier.

Metod: Fenomenologisk analys. Semi-strukturerad intervju. 5 kvinnor. England.

Resultat: Kvinnorna kände osäkerhet, ångest, depression. De förminskade sina symptom och hoppades att livet skulle bli som förut. Hjärtrehab grupper var positivt men kunde förbättras. De saknade professionell support.

Women`s narratives during the acute phase of their myocardial infarction

Författare. Svedlund M, Danielsson E, Norberg A. 2000.

Syfte: Att belysa upplevelsen av att ha blivit drabbad av akut hjärtinfarkt, som kvinnor berättat i den akuta fasen av sjukdomen.

Metod: Fenomenologisk-hermeneutisk. Intervju 10 kvinnor. Sverige.

Resultat: De kämpade mot sjukdomen själva. De kände skuld och skam och vill inte oro sina anhöriga. De är rädda för att dö men är tacksamma för att de fått ”en andra chans” och tror på framtiden.

The uncertain journey: Women`s experiences following a myocardial infarction

Författare: Doiron-Maillet N, Meagher-Stewart D. 2003.

Syfte: Undersöka unga kvinnors uppfattning om tillfrisknandet efter en hjärtinfarkt

Metod: Feministisk med tematisk analys. 8 kvinnor. Canada.

Resultat: Kvinnorna kände en överväldigande osäkerhet efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.

Acute myocardial infarction in middle-aged woman: narrations from the patients and their partners during rehabilitation

Författare: Svedlund M, Axelsson I. 2000

Syfte: Belysa mening av upplevelse efter en akut hjärtinfarkt och vara partner till en drabbad kvinna.

Metod: Fenomenologi - Hermeneutik. Intervju 8 par. Sverige.

Resultat: Kvinnorna kände sig olyckliga och sårbara, men de kämpade mot sjukdomen. Deras partner anpassade sig till deras upplevelser.

Myocardial infarction: Survivors` and spouses` stress, coping and support

Författare: Stewart M, Davidsson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. 2000.

Syfte: Beskriva stress, coping strategier och socialt stöd som upplevts av personer och deras

makar efter hjärtinfarkt.

Metod: Tematisk analys. Samtal i stödgrupp och daganteckningar. 14 par. Canada.

Resultat: Både drabbade och deras makar använde copingstrategier för att hanterat stressen efter hjärtinfarkt. De sökte efter information eftersom de tyckte informationen sjukvården gav var otillräcklig.

Getting back to normal: Women's recovery after a myocardial infarction

Författare: Tobin B. 2000

Syfte: Att undersöka tillfrisknandet hos kvinnor som haft en hjärtinfarkt

Metod, design: Grounded theory, kvalitativ metod. 12 kvinnor. Canada.

Resultat: Kärnan i tillfrisknandet efter en hjärtinfarkt är att återgå till det normala, med vissa förändringar. Denna process består av att acceptera det som har hänt, skapa gränser, genomgå en omställning, återupprätta det normala.

The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction

Författare: Kerr E E, Fothergill-Bourbonnais F. 2000.

Syfte: Undersöka upplevelsen av tillfrisknandet hos kvinnor 65 år och äldre i tidigt skede efter akut hjärtinfarkt.

Metod, design: Heideggerian fenomenologi, kvalitativ metod. 7 kvinnor. Canada.

Resultat: Tillfrisknandet beskrivs som ett mosaik där de olika delarna återfår ett livsmönster och skapar ett ny bild. Teman var "livet är utspritt", "skapa förståelse", "lära sig att leva med det" och "låta det sjunka in".