



Närstående - I ljuset av Callista Roy

- en litteraturstudie

Författare: Ingela Johansson, Martin Karlsson

Handledare: Eric Carlström

Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng, fördjupningsnivå 1

10 p Uppsats

Institutionen för Omvårdnad, Hälsa och Kultur

September 2005

Arbetets titel: Närstående - I ljuset av Callista Roy
Significant others - In the light of Callista Roy

Författare: Ingela Johansson
Martin Karlsson

Handledare: Eric Carlström

Institution: Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1.

Antal sidor: 35

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 p, SSK03:V1

Datum: September 2005

ABSTRACT

Every year approximately 30 000 people in Sweden suffers from myocardial infarction. The myocardial infarction affects the daily lives of families and the significant other plays an important role in the recovery. The aim of the study was to explore the myocardial infarction patient received support from the significant other. Another aim was to find out received support the significant other experience from the nurse according to the theory of Callista Roy. This is a study where scientific articles have been analyzed and questioned regarding the aim of the study. The experiences of significant others reveals that social and informational support given by the nurse is poor. As an effect there has been an alterity and a lack of support to the patient. Significant others play a major role in the recovery and should be included to reach relief, safety and reduced stress level. No differences should be made by nurses in social and informational support regarding the severity of the infarction. To maintain a high continuity and increase the support from nurses, guidelines and checklists should be used in the nurses' daily work. However, the theory of involving significant others has not changed during the last two decades.

Keywords: Callista Roy, myocardial infarction (MI), nursing, significant other, social support.

Nyckelord: Callista Roy, hjärtinfarkt, närstående, omvårdnad, socialt stöd.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	
Hjärtinfarkt	1
Psykosociala reaktioner	3
Följder av hjärtinfarkt	5
Närstående	6
Socialt stöd	6
Undervisning	7
Behovet av att involvera närstående	9
En omvårdnadsteoretisk referensram	10
Fysiologisk funktion	11
Självbild	11
Rollfunktion	12
Social samhörighet	12
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	12
Frågeställningar	12
METOD	
Urval	13
Litteratursökning	13
Att analysera	14
Validitet och Reliabilitet	14
Etiska överväganden	15
RESULTAT	
Redovisning av artiklar	15
Psykosociala faktorer	16
Närståendes upplevelser	18
Socialt stöd	19
Undervisning	20
Analys	22
Minskad fysisk förmåga	22
Förändring av självbild i negativ riktning – individen känner sig mindre värd	23
Att ta emot hjälp och stöd från andra	23
Obekvämkänsla i kontakt med andra – minskat socialt kontaktnät	24
Svar på frågeställningar	24
Callista Roys teori – en hållbar teori?	24

DISKUSSION

Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	26
Psykosociala faktorer	26
Närståendes upplevelser	26
Socialt stöd	27
Undervisning	28

KONKLUSION

Fortsatt forskning	30
---------------------------------	-----------

REFERENSER

BILAGOR

Bilaga 1 – Sökord och sökresultat

Bilaga 2 – Sammanfattning av artiklar

INLEDNING

Författarna genomförde under en sjuksköterskeutbildning verksamhetsförlagda praktiska studier på en hjärtmedicinsk avdelning. I de praktiska studierna inkluderades bland annat undervisning av patienter som genomgått hjärtinfarkt. Denna undervisning omfattade grundläggande patofysiologi, praktiska och mentala aspekter på hjärtinfarkt och återgången till ett normalt liv. I samband med studierna väcktes frågan angående den roll de närstående har för patientens tillfrisknande. Författarnas upplevelser av den undervisning som gavs till patienterna var att denna endast i begränsad omfattning involverade patientens närstående.

BAKGRUND

Bakgrunden behandlar sjukdomen hjärtinfarkt samt upplevelser och reaktioner på hjärtinfarkt hos patienter och närstående. Vidare behandlas undervisning av patienter och närstående och det sociala stöd som finns kring patienter som genomgått en hjärtinfarkt. Sjuksköterskans ansvar som socialt och informativt stöd integreras under varje rubrik.

Hjärtinfarkt

Årligen drabbas ca 30 000 personer i Sverige av hjärtinfarkt. I genomsnitt insjuknar män i hjärtinfarkt tio år tidigare än kvinnor. Detta beror huvudsakligen på skydd mot hjärtinfarkt som kvinnan har till följd av östrogenproduktionen (Ericson & Ericson, 2003). Hjärtinfarkt är en sjukdom som tillhör gruppen ischemisk hjärtsjukdom. Riskfaktorer för att drabbas av kranskärslssjukdom är hypertoni, diabetes, övervikt, hereditet, rökning, insulinresistens, fysisk inaktivitet, lipidrubbingar, tidig menopaus och psykosociala faktorer såsom stress (Doyle & Hamilton, 1999).

Nilsson (2005) menar att den dominerande orsaken till hjärt- och kärlsjukdomar är aterosklerotiska förändringar. Ateroskleros är en process som sker då kärlväggen skadas av långvarig exponering av toxiska substanser och ett mekaniskt slitage. Dessa förändringar sker i de stora och medelstora artärerna. Det är ovanligt att det sker förändringar i de små artärerna. Nilsson (2005) framhåller att det syns förändringar där blodflödet har ett långsammare tempo, exempelvis i förgreningsställen men hävdar att

orsaken till ateroskleros inte är känd. Andersson (2004) beskriver att när blodflödet stängs av till en del av hjärtat på grund av att aterosklerotiskt plack rupturerar och en trombos bildas, drabbas hjärtat omedelbart av syrebrist. Inom tre till sex timmar bör blodflödesstimulerande åtgärder sättas in för att öka blodflödet och förebygga hjärtmuskelskada. Om detta inte sker är hjärtmuskelskadan irreversibel och hjärtkontraktionen minskar. Andersson (2004) understryker att hjärtinfarkt är en av de dominerande orsakerna till hjärtsvikt.

Ericson och Ericson (2003) beskriver att ihållande och återkommande obehag, tryck och smärta i bröstet är klassiska symtom på hjärtinfarkt. Smärtan kan stråla ut i vänster arm, nacke, underkäke eller rygg. Det är emellertid inte alltid smärtan som är det dominerande symtomet. Ibland kan ångest, andfåddhet, illamående, svaghet och svimning dominera symtombilden. Detta är vanligare hos äldre personer, kvinnor och personer med diabetes. Ungefär 50 procent av alla som drabbas av hjärtinfarkt har månaden före infarkten haft symtom i form av tryck eller smärta i bröstet, andfåddhet eller trötthet (Socialstyrelsen, 2001). Diagnosen ställs på grund av patientens symtom, specifika EKG-förändringar, infarktenzymer i serum, förhöjd sänkningsreaktion, leukocyter i blodet och temperaturstegring (Ericson & Ericson, 2003).

Ericson och Ericson (2003) framhåller att de efterföljande dyggen, efter infarktens akuta stadium, behöver patienten vila. Den drabbade bör inte utsättas för stress eftersom det kan orsaka adrenalfrisättning som medverkar till en ökad belastning på hjärtat. Patienten och dennes närstående bör informeras om att komplikationsrisken reduceras några timmar efter sjukdomsdebuten. Patienten bör stanna i sängläge så länge som smärtan kvarstår och så länge hjärtinfarktens omfattning ej är känd. Vanligtvis orkar patienten ta emot besök av närstående några timmar efter sjukdomsdebuten. Om patienten är smärtfri kan denne själv klara av sin hygien och inta sina måltider på egen hand. Om förloppet efter sjukdomen varit stabilt och komplikationsfritt kan mobilisering ske efter något dygn. Därefter bör patienten öka sin fysiska aktivitet successivt (Ericson & Ericson, 2003).

Swahn (2000) menar att vården efter hjärtinfarkt bör inriktas på sekundärprevention. Med sekundärprevention avses livsstilsförändringar såsom rökstopp, koständring med fokus på kolesterolkontroll och läkemedelsbehandling i syfte att hejda aterosclerosprocessen i hjärtats kranskärl. Swahn (2000) framhåller även värdet av att det finns särskilt utbildade kranskärlssjuksköterskor som motiverar patienten och dennes närstående att fortsätta en sekundärpreventiv egenvård efter utskrivning från sjukhus till bostad.

Psykosociala reaktioner

Sjöberg (2000) beskriver att individer upplever en hjärtinfarkt som ett hot mot sin existens. Författaren menar att den som drabbas av en hjärtinfarkt hamnar i en akut kris. Möten mellan personal, patient och dennes närstående bör ske för att ge stöd åt patienten under den akuta sjukdomen. Gemensamt bör de identifiera de viktigaste individuella omvårdnadsbehoven.

Cullberg (2003) definierar kris som ett psykiskt tillstånd när individen hamnat i en livssituation där tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att bemästra den aktuella situationen. Det finns två olika slags kriser. Utvecklingskrisen och den traumatiska krisen. Utvecklingskrisen definieras som en kris till följd av yttre händelser i en persons normala livsutveckling men som ändå kan kännas övermäktiga. Den traumatiska krisen definieras som individens psykiska situation vid en yttre händelse då han upplever ett allvarligt hot mot sin fysiska existens, sociala identitet och trygghet. Katastrofer, skräckupplevelser, kränkning och förlust är några faktorer som kan utlösa en traumatisk kris (Cullberg, 2003).

Cullberg (2003) anser att en del människor kan känna sig kränkta av att bli inlagda på sjukhus och underkasta sig personalens godtycke och på detta sätt bli maktlösa, berövade friheten och uppleva en känsla av förlust. Dessa kriser kan övervinnas med hjälp av närstående. Cullberg (2003), Karlsson (2001) och Sjöberg (2000) beskriver de olika faserna i en traumatisk kris. Dessa utgörs av chockfasen som också kallas den akuta fasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen.

Sjöberg (2000) menar att chockfasen varar några få timmar till någon dag. Den drabbade har svårt att orientera sig i tillvaron och kan förneka verkligheten. Karlsson (2001) framhåller att individer försvarar sig mot verkligheten. De viktigaste försvaren är bortträngning, isolering och undertryckande.

Karlsson (2003) beskriver att chockade individer kan se helt oberörda ut men ändå vara oförmögna att förstå information som ges av exempelvis en sjuksköterska. Informationen uppfattas av den drabbade som knapphändig som har svårt att minnas vad som sagts. Andra chockade individer kan uppvisa ett annat beteendemönster. De rusar runt, skriker och klänger på andra människor (Cullberg 2003; Karlsson 2001; Sjöberg 2000). Sjöberg (2000) anser att en chockad person behöver kroppskontakt och möjlighet att leva ut sina känslor. Det underlättar om sjukvårdspersonal finns tillgänglig, lyssnar, visar förståelse och bekräftar att reaktionen inte är onormal.

Reaktionsfasen räknas som den traumatiska krisens kärnpunkt (Karlsson, 2001). Denna fas varar från några veckor till månader. Sjöberg (2000) skriver att det är först vid reaktionsfasen som smärtan bryter ut helt och den drabbade motspänstigt börjar förstå händelsen som utlöst krisen. Förståelsen ger reaktioner som kan medföra både känslomässiga och psykosomatiska symtom. Denna fas karaktäriseras, enligt Cullberg (2003), av reaktioner som depression, sömnstörningar och flyktbeteende.

Cullberg (2003) framhåller att en del individer i reaktionsfasen försöker finna en mening med det som hänt. Andra individer försöker ta reda på fakta som bidragit till den traumatiska krisen. Aggressivitet och skuldkänslor förekommer i reaktionsfasen. Den drabbade känner sig medskyldig till det som hänt och för att orka med situationen kan de skjuta över skulden på andra. Dessa försvarsmekanismer kan skrämja bort den närstående, om denne inte förstår beteendet. Cullberg (2003) framhåller att när smärtan väl avklingar övergår individen till bearbetningsfasen.

Bearbetningsfasen, som Cullberg (2003) beskriver, kan vara från sex månader till ett år. I denna fas inser den drabbade att livet både fortsätter och erbjuder positiva aspekter. Den drabbade söker kontakt och blir mer utåtriktad och social. Karlsson (2001)

beskriver vidare att då den drabbade visar en ökad tillförsikt kan det vara tecken på en övergång till nyorienteringsfasen.

Nyorienteringsfasen har inget slut men upplevelsen som orsakat chock stannar kvar hos den drabbade som ett ärr (Karlsson, 2001). Den traumatiska händelsens reaktioner stör inte längre den drabbades kontakt med verkligheten.

Hur en kris bearbetas beror på den drabbades livssituation (Cullberg 2003; Sjöberg 2000). Cullberg (2003) understryker att det är viktigt med fullt fungerande stöd från närstående och menar också att den som tar sig igenom en kris efteråt når förståelse om hur kriser hanteras.

Cullberg (2003) menar att människor drar sig undan personer i kris. Emellertid är bemötandet viktigt för hur individen bearbetar krisen och att den kanske viktigaste uppgiften för den som lyssnar är att inge hopp. Författaren anser vidare att den som lyssnar bör uppmana den drabbade att öppet uttrycka sina känslor. Närstående till den drabbade kan själv behöva hjälp för att våga stödja och hjälpa.

Följder av hjärtinfarkt

Akut hjärtinfarkt kan beskrivas som en chockartad upplevelse som är förknippad med svår smärta, ångest och rädsla inför döden. Krisreaktioner är vanligt förekommande och ger upphov till reaktiva depressioner. Patienten kan behöva professionell hjälp och stöd för att bearbeta dessa reaktioner (Ericson & Ericson, 2003).

Mårtensson (2002) skriver att individen som drabbas av hjärtsjukdom kan uppleva brist på energi, både fysiskt och psykiskt. Han menar att dessa begränsningar är lika för män och kvinnor. Mårtensson (2002) framhåller dock att upplevelsen av sjukdomssituationen skiljer sig åt mellan könen. Hos män uppkommer en känsla av maktlöshet, vilket karaktäriseras av en acceptans att individen inte kan förändra framtiden. Detta bidrar till passivitet. Hos kvinnor uppkommer känslan av att ha nedsatt arbetsförmåga och att inte kunna stötta närstående. Detta menar Mårtensson (2002) kan orsaka patienten oro.

Mårtensson, Dracup, Canary och Fridlund, (2002) understryker att närstående har en viktig roll i planeringen av fysisk aktivitet och regelbunden träning, eftersom de utgör ett viktigt stöd för att upprätthålla träning. Närstående bör utbildas i olika sätt att ge patienten stöd i val som leder till ökad fysisk aktivitet, som exempelvis att ge konkreta råd om träning.

Sjuksköterskan har förutsättningar att hjälpa patienten att bryta känslor av begränsning och orkeslöshet. Detta kan ske genom att medverka till att sätta rimliga mål, ha rimliga förväntningar samt att öka patientens och de närståendes kunskaper om sjukdomen med ett självhjälperspektiv i fokus (Mårtensson, Karlsson & Fridlund, 1998).

Närstående

Enligt socialstyrelsens allmänna råd om bedömning inom hälso- och sjukvården av rätt till ersättning och ledighet för närstående (SOSFS 1989:14) definieras närstående inte bara som anhöriga utan inkluderar även grannar och vänner med nära relationer. I Nationalencyklopedin definieras anhörig som ”den/de som är bland de närmaste släktingarna”, ”släkt med” eller ”tillhör” (www.ne.se). Östlinder (2004) framhåller att begreppet anhörig är mer vanligt förekommande än närstående i dagligt tal. Närstående ger dock en vidare association till det sociala nätverk som står närmast patienten.

Östlinder (2004) beskriver att begreppet närstående används för en eller flera personer som står i en nära relation till patienten och som har ett starkt engagemang och en känsla av samhörighet. Begreppet familj motsvarar oftast de personer patienten själv anser vara sin familj.

Socialt stöd

Att människor tar emot och ger varandra hjälp är en självklar del av livet. Historiskt menar Jeppson Grassman (2003) att informella hjälpinsatser, både inom och utanför hushållet, utgjorts av oavlönade arbeten. I början av 1990-talet började begreppen anhörig och närstående bli dominerande då det gällde informella hjälpinsatser. Myndigheter, politiker och forskare fick då ett ökat intresse för oavlönade hjälpinsatser (Jeppson Grassman, 2003).

Smebye (1997) menar att det är banden eller relationerna mellan människorna och inte de enskilda individerna som är grundelementen i ett socialt nätverk. Nätverket utgörs av banden mellan de olika personer som individen interagerar med. En interaktion som kännetecknas av stabilitet eller regelbundenhet mellan individer benämns social relation. Vad människor gör och vad de olika relationerna har för mening är av central betydelse i de olika nätverksrelationerna. Smebye (1997) anser att nätverkets viktigaste funktion är att tillfredställa sociala behov, känslomässiga behov och omsorgsbehov.

Smebye (1997) anser att en förändring i livssituationen, som till exempel en livshotande sjukdom, innebär ökade krav på det sociala stödet. Ett socialt nätverk och socialt stöd kan vara avgörande för om en person tar sig igenom en kris. Täta kontakter gör det lättare att upptäcka och hjälpa varandra i utsatta situationer. Smebye (1997) framhåller vidare att stödet till närstående kan vara lika värdefullt som stödet till den drabbade. Ett sådant stöd ges indirekt till patienten via den närstående och är värdefullt för patienten och dennes hälsa.

Undervisning

En strikt gräns mellan information och kunskap är svår att dra. Undervisning definieras som meddelande av kunskaper (www.ne.se). Information är en generell beteckning för det meningsfulla innehåll som överförs vid kommunikation i olika former. Bergh (2002) beskriver att undervisning är den interaktiva process som sker i syfte att, på ett för individen meningsfullt sätt, knyta samman upplevelser, kunskaper erfarenheter och förväntningar.

Genom att närstående har kunskaper kan de, enligt Granum (1996) och Sjöberg (2000), bidra till trygghet för patienten och leda till en större förståelse om dennes sjukdom och dess följder. Detta kan i sin tur leda till en minskad oro för både patient och närstående. De närstående är en resurs i det dagliga livet och bör därför delta i vård och planering från första dagen efter insjuknandet. I Hälso- och sjukvårdslagen anges även att individuellt anpassad information skall ges patienten rörande dennes hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om detta inte är

möjligt skall informationen lämnas till en närstående, om det inte hindras av sekretess (SFS 1982:763).

Klang Söderqvist (2001) skriver att undervisning är en integrerad del i den totala omvårdnaden och är inkluderad i omvårdnadsprocessens alla faser: Bedömning, diagnos, planering, genomförande, uppföljning och utvärdering. Klang Söderqvist (2001) menar att undervisningens främsta syfte är att säkra kontrollen över sjukdom och behandling samt att kunna hantera det dagliga livets krav. Kommunikation och en ömsesidig relation mellan patient och sjuksköterska är en förutsättning att nå detta syfte.

Granum (1996) beskriver att patienten ofta har yttre resurser i form av närstående. Denna relation bör tillvaratas under sjukdomstiden. Innan sjuksköterskan planerar undervisning är det aktuellt att bedöma i vilken omfattning de närstående bör delta. Det är fördelaktigt om sjuksköterskan tar del av de närståendes synpunkter. Syftet med undervisning av de närstående är att de kan nå en förståelse för hur patienten upplever sin situation. Granum (1996) menar att vad det gäller undervisning av närstående erbjuds de bästa inlärningsförhållandena först efter det att de har kommit ur den akuta fasen av krisbearbetning. Planeringen innan undervisningen börjar kan ske tillsammans med de närstående efter det att de fått möjlighet och tid att berätta om sin situation och sina upplevelser. Granum (1996) skriver att vid planering av undervisning kan det vara av värde att ta reda på om någon närstående besitter speciella kunskaper eller resurser som kan utnyttjas i undervisningen. I samarbete med de närstående anpassas undervisningen till patientens personliga omständigheter.

Bergh (2002) och Sjöberg (2000) menar att planeringen av patientens omvårdnad bör utformas så att de närstående får en möjlighet att tillgodogöra sig undervisning. Ibland kan en uppdelning av undervisningen vara nödvändig beroende på den närståendes förmåga att ta till sig mängden information. Samtalsgrupper med vårdtagare och närstående kan, enligt Granum (1996), underlätta arbetet. Samtalsgrupperna skapar möjlighet för såväl patient som närstående att dela med sig av sina problem och få hjälp av andras erfarenheter. Det kan även ge en grupp känsla och utgöra ett stöd för att hantera den förändrade livssituationen. Närståendes behov av omvårdnads kunskaper

kan tillfredsställas genom undervisning. Målet med undervisningen av närstående är, enligt Bergh (2002), att förbereda, underlätta och skapa trygghet för både närstående och patient.

Bergh (2002) menar att första mötet mellan den närstående och sjuksköterskan kan få avgörande betydelse för deras fortsatta relation. Det är angeläget att den närstående blir sedd och bekräftad. Efter första kontakten med de närstående fokuserar sjuksköterskan på behov av stöd till den närstående. Interaktionen mellan patienten och den närstående observeras av sjuksköterskan. Sjuksköterskans avsikt är att stödja interaktionen mellan patient och närstående när den är svag. Att utgå från patientens vilja är emellertid av största vikt. Sjuksköterskan bör lyssna till patienters behov av stöd. Patienten måste respekteras, menar Bergh (2002). Resonemanget ligger i linje med vad som anges i Allmänna råd om kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor som beskriver att patientens behov är avgörande för vilka insatser en sjuksköterska utför (SOSFS 1995:5). Sjuksköterskan behöver, utöver sitt generella kunnande, kunna anpassa sina arbetsuppgifter efter patientens behov när det gäller information, handledning, undervisning, forskning, utvecklingsarbete samt planering och ledning.

Östlinder (2004) riktar uppmärksamheten mot att kommunikation, rådgivning och information är en viktig del av omvårdnaden. Informationsutbytet underlättas av att det råder en icke hierarkisk relation mellan sjuksköterskan och patientens närstående. Vilken information som behövs och vilka råd som passar familjens situation, avgör sjuksköterskan i samförstånd med den närstående (Östlinder, 2004).

Behovet av att involvera närstående

Mårtensson m.fl. (2002) menar att strategier bör utformas med fokus på kommunikationen mellan patienten och den närstående. Två personer som lever tillsammans har genom varandras stöd en god förmåga att anpassa sig till den nya situation som uppkommer. Negativa känslor beskrivs uppstå när närstående inte är så involverade i patientens situation som denne önskar. En tidig studie av Orzeck och Staniloff (1987) pekar på effekten av att de närståendes behov inte blir tillgodosedda under återhämtningsfasen efter en hjärtinfarkt. Den närstående kan känna sig övergiven.

Närstående upplever sig emellertid delaktiga när de bemöts med värdighet (Mårtensson, 2002). Detta bekräftar i en studie av Kärner, Dahlgren och Bergdahl (2004) som beskriver de närståendes syn på stöd i rehabiliteringsfasen hos hjärt- och kärlsjuka patienter. De pekar på vikten av att sjuksköterskan är väl insatt i och medveten om de närståendes roll och stödfunktion. De fann att de närstående i hög grad bör involveras och göras delaktiga i planeringen av patientens rehabiliteringsprogram efter hjärtsjukdom.

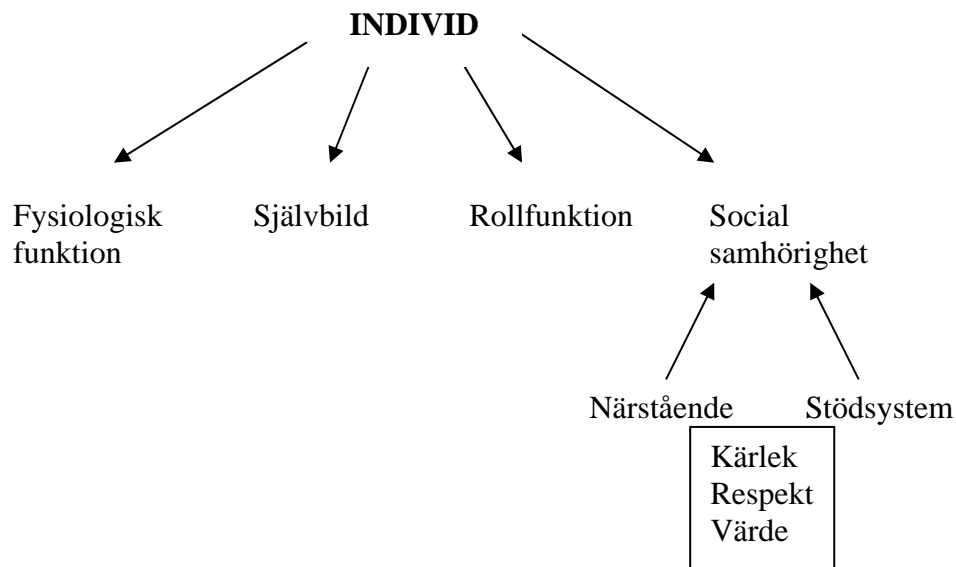
En omvårdnadsteoretisk referensram

Här presenteras den omvårdnadsteoretiska referensram som används vid den analys som presenteras i resultatdelen. Den teoretiska referensramen har sin utgångspunkt ur Callista Roys omvårdnadsteorier men är vidareutvecklad av Roy och Andrews (1999).

Roys omvårdnadsmål är att med hjälp av omvårdnadsprocessen bidra till hälsa, livskvalitet och en värdig död genom att främja adaptation. Med adaptation menar Roy och Andrews (1999) en process som främjar mänsklig integritet och den kan åstadkommas genom att antingen förändra den yttre eller inre miljön. Roy och Andrews (1999) beskriver fyra olika adaptationsområden; den fysiologiska funktionen, självbilden, rollfunktionen och den sociala samhörigheten. De menar att människan har medfödda bemästringsmekanismer av psykologisk, social och biologisk natur i syfte att kunna hantera en omgivning som ständigt förändras. Människan existerar i ett kontinuerligt samspel med sin omgivning och kan inte ses fristående från denna. Enligt Roy och Andrews (1999) kan både individ och närstående vara mottagare av omvårdnad men de inriktar sig främst på den enskilda individen i sin omvårdnadsmodell. Omvårdnad är nödvändigt när adaptation till inre eller yttre miljö inte är tillräcklig.

Roy och Andrews (1999) menar att om en individ drabbas av till exempel en hjärtinfarkt kan detta påverka samtliga fyra adaptationsområden (figur 1). Inom den fysiska nivån innebär sjukdomen att den fysiska förmågan minskar vilket kan leda till att individens kroppsuppfattning blir påverkad i negativ riktning. Individen kanske inte längre kan arbeta kvar vid sitt tidigare arbete vilket i sin tur kan innebära en känsla av mindre värde. Det sociala kontaktnätet kan minska då inte heller fritidsintressen inte med säkerhet går att utöva. Att ta emot hjälp och stöd från andra och veta att personen

inte själv kan återgälda hjälpen kan innebära en känsla av beroende och oduglighet. Detta kan medföra en känsla av obekvämlighet i sin kontakt med andra individer.



Figur 1. Callista Roys adaptionsområden efter Roy och Andrews (1999)

I det följande penetreras Roys fyra adaptionsområden.

Fysiologisk funktion

Roy och Andrews (1999) beskriver att fysiologisk funktion inkluderar fem fysiska behov och processer. Dessa utgörs av behovet av syre/cirkulation, näring, elimination, aktivitet/vila och biologiska försvarsmekanismer. Om dessa fysiologiska behov är tillgodosedda anses en fysiologisk integritet vara uppnådd.

Självbild

Roy och Andrews (1999) beskriver individens behov av att upprätthålla en självbild som kännetecknas av integritet. Självbilden kan påverkas negativt när en individ drabbas av ohälsa vilket i sin tur påverkar individens förmåga att återvinna och bevara hälsa. Självbilden delas in i det fysiska jaget som omfattar kroppsupplevelse och kroppsuppfattning, det personliga jaget som omfattar moraliskt eller etiskt jag, jagförväntningar, jagkonsekvens och jagideal.

Rollfunktion

Att överge gamla roller och inta nya är en väsentlig del i en individs liv menar Roy och Andrews (1999). När en individ drabbas av kronisk sjukdom kan konflikt uppstå mellan nya och gamla roller vilket medför ett avbrott i individens utveckling.

Social samhörighet

Social samhörighet handlar om personens nära relation till andra människor framhåller Roy och Andrews (1999). Till detta adaptionsområde hör närstående och stödsystem. Att älska, respektera och värdesätta andra människor bidrar till människans trygghet, känslomässiga tillhörighet och kärlek.

När människan står inför inre och yttre förändringar reagerar hon som en integrerad helhet vilket resulterar i beteendeförändringar inom samtliga fyra adaptionsområden (Roy & Andrews, 1999).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien var att belysa närståendes stöd till patienter med nyligen genomgången hjärtinfarkt och sjuksköterskans stöd till den närstående. Studien syftar dessutom till att pröva Callista Roys omvårdnadsteori mot empirisk forskning genomförd mellan år 1995 och år 2005. Författarnas ambition är att vidareutveckla Roy's teori med inriktning mot närstående till patienter som drabbats av hjärtinfarkt.

Frågeställningar:

Följande frågor ställs:

Vilket stöd utgör den närstående för patienten?

Hur upplever närstående stödet från sjuksköterskan?

Hur kan sjuksköterskan bidra till att stärka den närståendes stöd till patienten?

Hur tillämplig är Callista Roy's omvårdnadsteori på närstående till patienter som drabbats av hjärtinfarkt?

METOD

Studien genomfördes som en litteraturstudie, inspirerad av metaanalytisk metod, och omfattar nio vetenskapliga artiklar. Andersson (2003) definierar metaanalys som en uppsättning statistiska metoder som utnyttjas för att sammanställa resultat från oberoende forskningsstudier. Denna metod kan användas som ett hjälpmedel för uppsatsämnen inom grundutbildning för att sammanställa litteratur.

Utifrån frågeställningarna övervägde författarna att göra en empirisk studie men beslutade istället att genomföra en litteraturstudie i tron om att det valda området var väl dokumenterat. Vid litteratursökningen fanns det emellertid sparsamt med studier, dock tillräckligt för att genomföra studien. Olsson och Sörensen (2001) menar att denna metod kan passa bra när den avsatta tiden är begränsad. Författarna menar även att litteraturstudien har fördelen att den inte stör verksamheten i hälso- och sjukvården genom den påfrestning som sker i samband med insamling av data.

Urval

Studien bygger på valda artiklar som beskrev närståendes stöd och upplevelser till patienter med genomgången hjärtinfarkt. Artiklar som enbart beskrev patienters upplevelser av genomgången hjärtinfarkt valdes bort då fokus var närståendes stöd och sjuksköterskans stöd till den närstående. Val av artiklar påverkades inte av hjärtinfarktens omfattning/grad, patienten/närståendes kön, etnicitet eller om patienten tidigare genomgått en eller flera hjärtinfarkter. Artiklarnas språk begränsades till engelska och svenska. Artiklar publicerade tidigare än år 1995 valdes bort.

Litteratursökning

Systematisk sökning efter vetenskapliga artiklar genomfördes via databaserna Academic Search Elite, Cinahl och SweMed+. Sökorden som användes var myocardial infarction, nursing, relatives, significant others och support. Kombinationer av sökord och sökresultat framgår av bilaga 1. Ur resultatet av den systematiska sökningen valdes åtta relevanta vetenskapligt granskade artiklar som stämmer med inklusions- och exklusions-kriterier. Samtliga artiklar var tillgängliga på Högskolebiblioteket i Vänersborg eller var tillgängliga för utskrift via webbplatsen. Dessutom valdes en

artikel ut via osystematisk sökning ur kurslitteratur, publicerad i Mårtensson (2002). Detta beskriver Nyberg (2002) som kedjesökning och innebar att vi fann hänvisning till relevant artikel i referenslista.

Att analysera

Vid litteratursökningen valdes artiklar enligt redovisad sökning i bilaga 1. Vid urvalet genomlästes artiklarnas abstract för att fastställa artiklarnas relevans. I analysen valde författarna att utgå ifrån Callista Roy's omvårdnadsteoretiska begrepp med utgångspunkt från social samhörighet, vilket har belysts med sökorden relatives, significant others och support enligt ovan. Social samhörighet beskrivs som en av de fyra adaptionsområdena i hennes modell "The Roy Adaption Model" och beskrivs mer ingående i bakgrunden under rubriken en omvårdnadsteoretisk referensram. Ofrånkomligen berörs även de övriga tre adaptionsområdena då de fyra tillsammans utgör en helhet. Dessa är utöver social samhörighet som tidigare behandlats den fysiologiska funktionen, självbilden och rollfunktionen. Analysbegreppen som användes för att kategorisera fynden beskrivs närmare i resultatet. Vid artikelredovisningen valde författarna att presentera fynden i fyra kategorier. Dessa kategorier är Psykosociala faktorer, närståendes upplevelser, socialt stöd samt undervisning. De nio artiklarna delades slumpvis upp mellan de två författarna som analyserade fyra respektive fem artiklar vardera.

Validitet och Reliabilitet

Med validitet avses mätinstrumentets förmåga att undersöka det vi säger att vi ska undersöka (Patel & Davidsson, 1994). Enligt Olsson och Sörensen (2001) innebär reliabilitet hur bra vi mäter det som faktiskt skall mätas. I vårt arbete försöker vi säkerställa dessa begrepp genom att noggrant beskriva urval av artiklar, granska artiklarnas abstract och endast välja artiklar som motsvarar studiens uppsatta syfte. Under arbetets gång har en artikel valts bort som initialt motsvarade urvalskriterierna men som vid genomläsning inte visade sig stämma helt överens med studiens syfte. Författarnas litteratursökning inkluderande sökord, databaser och träffar har redovisats i bilaga 1. Därför kan studiens litteratursökning med lätthet upprepas. I vår analys av artiklarna valde vi att dela upp dessa mellan författarna. Genom att jämföra våra resultat

och genom diskussion säkerställde vi att vi tolkat och analyserat studiernas resultat på likartade sätt.

Etiska överväganden

Författarna har i urvalet av artiklar utgått från etiska riktlinjer utgivna av Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002). Dessa riktlinjer har jämförts med de etiska krav som ställts på denna studies empiriska artiklar. Informanterna i studierna har givit sitt godkännande till hur informationen blivit presenterad. Informanternas deltagande i studierna har också skett frivilligt och de har behandlats konfidentiellt (Patel & Davidsson, 1994).

RESULTAT

Här följer en redovisning av de valda vetenskapligt granskade artiklarna. Dessa har delats in i fyra kategorier som belyser närståendes stöd till patienter med nyligen genomgången hjärtinfarkt och sjuksköterskans stöd till den närstående; Psykosociala faktorer, närstående, socialt stöd och undervisning. Därefter följer en analys av dessa artiklar med utgångspunkt från Callista Roys analytiska begrepp i syfte att pröva hennes omvårdnadsteori mot empirisk forskning.

Redovisning av artiklar

Artiklarna som behandlats och analyserats i resultatet är sammanfattade i bilaga 2. För att underlätta läsningen och undvika missförstånd har begreppet närstående konsekvent använts som begrepp för anhörig, familj, vänner, släktingar och sambo. I vissa fall används begreppet ”partner” som synonym till närstående vad det gäller parrelationer och deras upplevelser. I uppsatsen förekommer begreppet ”patient” som syftar till den person som lider av eller behandlas för sjukdom (Lindskog, 1997). I detta fall menas den individ som drabbats av hjärtinfarkt. För att variera språket används ibland begreppet ”den drabbade” som synonym till patient.

Psykosociala faktorer

Stewart, Davidson, Meade, Hirth and Makrides (2000) skriver att få studier är gjorda på relevanta psykosociala faktorer utifrån patienten och den närståendes perspektiv. Många studier påvisar dock att de närstående har en viktig funktion för återhämtning efter en hjärtinfarkt (Stewart m.fl. 2000; Kettunen, Solovieva, Laamanen & Santavirta 1999; Mårtensson, Dracup & Fridlund 2001; Svedlund & Axelsson 2000). Mårtensson m.fl. (2001) och Thompson, Ersser och Webster (1995) menar att familjen även kan påverka patienten negativt då deras relation kan stressa den drabbade eller då den närstående och den drabbade håller sina känslor gömda för varandra.

Känslor och upplevelser

Svedlund och Axelsson (2000) fann i sin studie att kvinnor drabbade av hjärtinfarkt kände sig sårbara, bedrövade och upplevde rädsla. De fann även att de närstående männen försökte anpassa sig till kvinnornas upplevelser av sjukdomen, men upplevde detta som svårt, då kvinnorna ofta höll tillbaka sina känslor. Detta gav upphov till en brist på kommunikation. Författarna beskriver även att den drabbade känner sig arg, rädd och deprimerad. Människor ändrar sin livsroll och får nya prioriteringar. Då en människa får praktisk hjälp och blir fräntagen ansvar kan det innebära att personen blir accepterad i sin sjukdomsroll eller blir överbeskyddad. Detta leder i sin tur till stora livsstilsförändringar. I Svedlund och Axelssons studie framkommer även att vissa patienter ångrade sin tidigare livsstil. Rädslan att åter insjukna i en hjärtinfarkt med dess konsekvenser bidrog till en livsstilsförändring vilket gav en ny livskvalitet. Vidare visade det sig att en del kvinnor uppvisade styrka och att de klarade av sin rehabilitering självständigt. Dessa kvinnor var vana att ta hand om sig själva och ta ansvar för sitt liv.

I en studie av Stewart m.fl. (2000) identifierades ett antal faktorer patienten upplever vid en hjärtinfarkt; känslomässig påverkan, livsstilsförändringar, kontakt med sjukvården, reaktioner från de närstående, beroende, återgång till arbetet, ekonomi och ändringar i sociala mönster. Upplevelserna av en hjärtinfarkt varierar mellan initial förnekelse och förvirring till ihållande rädsla, frustration och irritation. Flertalet patienter upplevde att de inte blev förstådda av sin partner vilket i vissa fall även gav

upphov till tillbakadragenhet och frustration. En tredjedel av patienterna anger att partners insatser var allt för överbeskyddade (Stewart m.fl., 2000)

Förnekelse och skam

Svedlund och Axelsson (2000) fann att sammanlevande par dolde sina verkliga känslor för varandra i situationen. Kvinnorna förnekade sin sjukdom och kände sig värdelösa på grund av sina begränsningar efter hjärtinfarkten. En del kvinnor hade accepterat att de inte längre hade full kapacitet och de kände sig obekväma inför andra. Andra kvinnor var mer försiktiga men påpekade att de funnit nya värden i livet. De närstående mäns upplevelser var att de lät kvinnorna bestämma vad som var bäst då de inte ville öka deras frustration. En del av de närstående männen hade också accepterat att deras kvinnliga partners inte skulle återfå sin forna styrka och att hjärtinfarkten medförde att de behövde leva lite lugnare än förut (Svedlund & Axelsson, 2000).

Svedlund och Axelsson (2000) menar vidare att kvinnorna efter tre månader kände sig skyldiga och skämdes för att vara svaga och sjuka. Vissa förnekade sin sjukdom då de inte ville vara en sjuk person. De ville inte vara en klagande person på ett sådant sätt att de tröttade ut sina män med tankar om sin sjukdom. Kvinnorna kände sig värdelösa och var osäkra på om de skulle klara av att hantera situationen. De såg sin hjärtinfarkt som ett misslyckande genom att inte vara lika starka som tidigare och att inte kunna leva som förut. Svedlund och Axelsson (2000) fann även att kvinnorna hade en rädsla för att deras förhållande skulle påverkas negativt och att de inte var samma person som före infarkten. Därför såg de inte någon mening med att leva. Det framkom även att de närstående männen hade upptäckt att deras partner inte ville åka ut och besöka andra. Männen förklarade även att de inte reagerade då deras kvinnor visade dåligt humör. De närstående männen uppgav också att de kunde se att deras kvinnor inte avslöjade sina känslor om sjukdomen och vad som bekymrade dem. Dock uppgav de att de kunde se när kvinnorna inte mätte bra och vilka situationer som stressade dem (Svedlund & Axelsson, 2000).

Att hantera krisen

Patienter som "kämpade emot" var en annan kategori som Svedlund och Axelsson (2000) fann i sin studie. En del kvinnor kämpade emot sin sjukdom och dess konsekvenser och försökte leva sitt liv som om inget hänt. De ville inte känna sig beroende av sina män eller att bli en börda för dem. Vissa kvinnor läste mycket om hjärtinfarkt för att bättre kunna hantera sjukdomen. De blev påmindas om sin sjukdom då de varje dag behövde ta sin medicin. En annan grupp de fann var individer som strävade efter att leva ett så normalt liv som möjligt. Här fann Svedlund och Axelsson (2000) att vissa kvinnor ansåg att de inte behövde ändra på något i sina liv.

Närståendes upplevelser

Kronisk sjukdom hos en familjemedlem påverkar alla aspekter i familjens vardag (Mårtensson 2001; Tarkka, Paavilainen, Lehti & Åstedt-Kurki 2003). Den närstående är ofta det viktigaste sociala stödet och resursen för patienten. Trots det uppges det i en studie av Tarkka m.fl. (2003) att cirka 40 procent av de närstående inte blivit bekräftade av sjukvårdspersonalen. Därför bör de närstående, enligt Tarkka m.fl. (2003) och Mårtensson m.fl. (2001), få en hög grad av socialt stöd från sjuksköterskan för att kunna utgöra ett stöd för patienten. De menar att fokus bör inriktas på att stödja de närstående till hjärtsjuka patienter då en sjukdom i familjen kan påverka hälsan och känslan av välbefinnande hos alla familjemedlemmar.

En studie av Kettunen m.fl. (1999) pekar på brister i det sociala stödet då 30 procent av de tillfrågade närstående upplevde att vårdpersonalen inte bekräftade dem eller visade intresse för dem. Författarna menar att sjuksköterskan bör ha klara riktlinjer för att lättare involvera den närstående i vården. Även Mårtensson m.fl. (2001) menar att om närstående skall kunna utgöra ett stöd behöver denne vara uppskattad, sedd och förstådd av sin omgivning. De närstående i studien hade störst hjälp och stöttning av de som redan varit i deras situation.

Kettunen m.fl. (1999) beskriver vidare att det inte finns en direkt koppling mellan hur allvarlig patientens hjärtinfarkt är och den närståendes chockreaktion. Dock fann de att det finns en koppling mellan den närståendes chock och den rädsla som sjukdomen

medför. Vid starkare chock uppkom starkare rädsla. De menar att det som vårdpersonal bör ha i åtanke är att ge de närstående full uppmärksamhet, oavsett graden av hjärtinfarkt. I sin studie fann de även att de närstående, till skillnad från fynd i en studie av Steward m.fl. (2000), inte bekymrade sig om ekonomiska aspekter. Detta skulle kunna förklaras med att studien är genomförd i Finland, som har ett fungerande socialt välfärdssystem med subventionerade vårdavgifter. Svedlund och Axelsson (2000) fann att vissa närstående män var trötta på de begränsningar sjukdomen medförde i deras dagliga liv vilket försvarade framtidsplaneringen. En del män vågade inte lämna sina kvinnor ensamma och de blev därför mer begränsade än andra. Svedlund och Axelsson (2000) fann också att en del tyckte att deras män skulle fortsätta sitt dagliga arbete. Männerna däremot sa sig se att deras kvinnor var trötta och att de försökte att stoppa dem från att arbeta för hårt och att de tog på sig alltför mycket ansvar.

Socialt stöd

Flera studier (Tarkka m.fl. 2003; Steward m.fl. 2000; Kettunen m.fl. 1999; Thompson m.fl. 1995) visar att de närstående till hjärtsjuka är missnöjda med det sociala stöd som ges av sjuksköterskor. Enligt Kettunen m.fl. (1999) och Thompson m.fl. (1995) förstår sjuksköterskan den närståendes oro och sorg men verkar inte villig att prata om den. I studien av Tarkka m.fl. (2003) framkommer det att de viktigaste faktorerna för hur det sociala stödet till närstående upplevs är familjens sammansättning, patientens ålder, kön och om patienten tidigare vårdats på sjukhus för en hjärtåkomma. Vidare visar denna studie att män, närstående till äldre patienter och närstående till patienter som inte tidigare vårdats på sjukhus för hjärtsjukdom upplever ett bättre socialt stöd från sjuksköterskan än kvinnor, närstående till yngre patienter och närstående till patienter som tidigare vårdats på sjukhus.

Hallaråker, Arefjord, Havik och Maeland (2001) fann i sin studie att det finns skillnader i socialt stöd vad det gäller kvalitativa och kvantitativa aspekter. De menar att det inte är antalet närstående som avgör hur patienten upplever det sociala stödet. Snarare är det kvalitativa aspekter som bidrar till om patienten till exempel drabbas av depression eller behöver uppsöka sjukvård för detta.

Stewart m.fl. (2002) skriver att närstående behöver detaljerad information vad det gäller fysisk aktivitet, kost, coping-strategier och känslomässigt stöd. Partners stöd från övriga närstående kan, förutom socioemotionellt stöd, även vara att få hjälp med att få patienten att uppsöka sjukvård vid besvär eller att hjälpa till med praktiska ting såsom telefonsamtal och transport till sjukhuset för att hälsa på (Mårtensson m.fl. 2001).

Mårtensson m.fl. (2001) fann i sin studie att närståendes stöd påverkas av hur de blir bemötta av vårdpersonalen. Det är viktigt att de närstående blir involverade, känner att de är viktiga och att de kan vända sig till personalen vid frågor. Vidare framkom det att de närstående, som inte blir involverade i vården, känner sig utanför, blir socialt isolerade och att de känner en distans till den som drabbats av hjärtinfarkt. Mårtensson m.fl. (2001) fann även att de närstående inte fick tillräckligt med eget stöd från personal, vänner och barn. Studien visar att de närstående som ändå blir involverade i vården känner att de gör något av värde. De blir ett stöd för sin partner och genom detta även en säkerhet och trygghet. Att de gör nytta märker de då de får samtal och praktisk hjälp av vänner och att vårdpersonal tillfrågar dem om hur det går. Av studien framgår även att de som blir involverade i vården av sin partner vet om att de utgör ett stöd.

Undervisning

I flera studier (Stewart m.fl. 2000; Kettunen m.fl. 1999; Mårtensson m.fl. 2001; Thompson m.fl. 1995) framkommer det att både närstående och patienten upplever informationen given av vårdpersonal som bristfällig. I Stewart m.fl. (2000) anger de närstående att de upplevde svårigheter att ta till sig information av hälsokaraktär. Bristfällig information om sexuella aktiviteter orsakade rädsla och oro. Studien visar även att närstående ibland avsiktligt undanhöll information för den drabbade, samtidigt som de själva sökte information. Detta resulterade i ökad stress för den närstående själv.

Mårtensson m.fl. (2001) visade att undervisning om hjärtsjukdomen medförde en lättnad för partnern som då kunde känna sig säkrare i vården och i sin relation med patienten. De närstående gjordes emellertid inte delaktiga i patientens rehabilitering, utan fokus låg enbart på patienten. Detta medförde att de närstående inte aktivt

eftersökte information från vårdpersonal. Thompson m.fl. (1995) skriver att det finns ett uppenbart behov av information och undervisning då risker finns att patienten inte inser allvaret och konsekvenser av deras hjärtinfarkt samt att närståendes starka känslomässiga reaktioner kan förbises vilket kan påverka deras inbördes relation. Dock är det, enligt Kettunen m.fl. (1999), ofta bara sjuksköterskan som objektivt kan iaktta interaktionen mellan patienten och den närstående. Därför besitter hon en bra position att effektivt stötta relationen och deras oro för att därigenom underlätta rehabiliteringsprocessen.

I en studie av Turton (1997) undersöktes vilken typ av information som patienter, deras närstående och sjuksköterskor ansåg var viktigast. Både patienter, deras närstående och sjuksköterskor skattade livsstilsfaktorer och hur patienten hanterar sina symtom som det viktigaste området att få information om. Vid jämförelse mellan alla tre grupper var det en märkbar skillnad mellan patienterna och deras närstående respektive sjuksköterskorna. Att tala om sina rädslor, känslor och tankar skattade sjuksköterskorna som mest viktig medan patienter och deras närstående skattade informationen om hur mycket hjärtat tagit skadat som viktigast. Närstående skattade kostinformation som den tredje mest viktiga och patienten angav den som nummer sex. Att kostinformation skattades så högt kan enligt Turton (1997) förklaras med att det mest var kvinnliga närstående och att det var de som skötte matlagningen. Därför behövde de denna information. Närstående hade frågor om när de kunde lämna den drabbade själva hemma och hur stor skada hjärtat åsamkats.

Turton (1997) räknade även fram vad som betraktades som viktigast. Det framkom att det allra viktigaste var hur patienten själv kunde reducera riskerna för att insjukna i en ny hjärtinfarkt och när ambulans eller läkare borde tillkallas. Samtidigt tyckte endast 45 procent av de närstående i studien att de fått tillräcklig information av sjukvårdspersonalen medan 72 procent av patienterna i studien var nöjda med den information som givits. Studien visar att patienter och deras närstående tycker att det mesta av den information som ges är viktig. Turton (1997) rekommenderar att sjuksköterskor bör koncentrera sig på att ge information till patienter som genomgått en hjärtinfarkt på livsstilsfaktorer samt förebyggande åtgärder och inte i första hand

informera om mediciner som om det var det viktigaste ämnet. Författaren drar också slutsatsen att då livsstilsfaktorer skattats högt finns det ett intresse att förändra livsstil i syfte att reducera riskerna att åter insjukna i en hjärtinfarkt. Turton (1997) menar att begreppet riskfaktorer bör undvikas i mötet mellan patienter och deras närstående då detta begrepp är svårt att förstå. Begreppet livsstilsfaktorer föreslogs som alternativt begrepp.

Turton (1997) får i sin studie fram att patienter och deras närstående inte får sina informationsbehov tillfredsställda av sjuksköterskan. En checklista föreslås som bör utgå från dessa gruppers informationsbehov och att sjuksköterskan dokumenterar den information som har getts under sjukhusvistelsen. Turtons (1997) slutsats är att mycket kan göras för att förbättra informationen som ges efter en hjärtinfarkt. En förbättrad information gynnar inte bara patienterna och närstående utan även sjuksköterskorna då de kan bli mer effektiva i sin yrkesroll än de är i dag. Även Svedlund och Axelsson (2000) uppmärksammar att ansträngningar bör göras för att även inkludera de närstående då sjuksköterskan informerar om passande aktiviteter, kost, reduktion av riskfaktorer samt rehabilitering.

Analys

Här presenteras de delar ur de redovisade artiklarna som kopplats till Callista Roy's adaptationsområden. Det sker under följande rubriker, minskad fysisk förmåga, förändring av självbilden i negativ riktning-individen känner sig mindre värd, att ta emot hjälp och stöd från andra och obekväma känsla i kontakt och samhörighet med andra-minskat socialt kontaktnät.

Minskad fysisk förmåga

Svedlund och Axelsson (2000) påvisar att flera av de drabbade patienterna ångrade sin tidigare livsstil. Rädslan för att åter insjukna i en hjärtinfarkt med dess konsekvenser bidrog till en livsstilsändring. En del drabbade individer hade accepterat att de inte längre hade full fysisk kapacitet då deras möjligheter till fysisk ansträngning var begränsad. Många närstående accepterade även att de inte kunde återfå sin ursprungliga styrka. Vissa närstående uttryckte att de var bekymrade över de begränsningar

sjukdomen medförde i det dagliga livet och försökte hindra den drabbade partnern från att arbeta för hårt. Bristfällig information om risker vid sexuella aktiviteter orsakade rädsla och oro. Närstående uttryckte även ett behov att få detaljerad information om vilka risker som var förknippade med fysisk aktivitet.

Förändring av självbilden i negativ riktning - individen känner sig mindre värd

Flera av de patienterna i de redovisade artiklarna kände sig sårbara och bedrövade och kämpade emot sin rädsla för de konsekvenser sjukdomen kunde få. De närstående försökte anpassa sig till patientens upplevelser av sjukdomen men tyckte att det var svårt då denne ofta höll tillbaka sina känslor. Patienternas upplevelser av en hjärtinfarkt varierade mellan initial förnekelse och förvirring till ihållande rädsla, frustration och irritation. Flera upplevde att de inte blev förstådda av sin partner, vilket kunde ge upphov till tillbakadragenhet och frustration. Känslor som sjukdomsförnekande, värdelöshet, osäkerhet, skam och skuld beskrevs som vanliga. Fokus behövde inriktas på att stödja de närstående till hjärtsjuka patienter då en sjukdom i familjen kunde påverka känslan av välbefinnande hos alla familje- medlemmar.

Att ta emot hjälp och stöd från andra

Flera studier påvisade att den närstående har en viktig funktion för patientens återhämtning efter en hjärtinfarkt. Familjen kan dock påverka patienten negativt genom att stressa den drabbade. Det fanns också exempel på hur den närstående och den drabbade dolde sina känslor för varandra. Kronisk sjukdom hos en familjemedlem visade sig påverka familjens vardag då den närstående ofta utgjorde det viktigaste sociala stödet för patienten. För att närstående skulle kunna utgöra ett stöd var uppskattning, att bli sedd och förstådd av sin omgivning viktigt för denne. Det fanns skillnader i socialt stöd vad det gällde kvalitativa och kvantitativa aspekter. Det var inte antalet närstående som avgjorde hur patienten upplevde det sociala stödet utan hur stödet utformades. Närståendes stöd påverkades av hur de blev bemötta av vårdpersonalen. Viktigt var att de närstående blev involverade och att de kunde vända sig till personalen vid frågor och funderingar. De närstående som inte blev involverade i vården kände sig utanför, blev socialt isolerade och kände en distans till den som

drabbats av hjärtinfarkt. Flera närstående till hjärtsjuka var missnöjda med det sociala stöd som gavs av sjuksköterskor vilket gav upphov till ökad stress.

Obekväm känsla i kontakt med andra - Minskat socialt kontaktnät

Vissa patienter upplevde att de inte blev förstådda av den närstående vilket kunde bidra till tillbakadragenhet och frustration. Flera av de tillfrågade patienterna i Svedlund och Axelssons studie (2000) kände sig obekväma inför andra och ville därför inte åka ut och besöka bekanta. De närstående som inte gjordes delaktiga i patientens rehabilitering fick istället känslor av att vara i vägen vilket ledde till att den närstående inte aktivt eftersökte information från vårdpersonal. Omvårdnadens fokus låg enbart på patienten.

Svar på frågeställningar:

Studiens frågeställningar var följande. Vilket stöd utgör den närstående för patienten? Hur upplever närstående stödet från sjuksköterskan? Hur kan sjuksköterskan bidra till att stärka den närståendes stöd till patienten? Hur tillämplig är Callista Roy's omvårdnadsteori på närstående till patienter som drabbats av hjärtinfarkt?

Hjärtinfarkt påverkar flera aspekter i familjens vardag. De närstående har ofta visat sig vara det viktigaste stödet och resursen för de som har drabbats av hjärtinfarkt. De närståendes upplevelser av sjuksköterskans sociala och informativa stöd är negativa, trots att resultatet visar på hur viktig den närståendes stöd är i patientens rehabilitering. För att kunna utgöra detta stöd bör den närstående bli uppskattad, sedd och förstådd av sin omgivning. Sjuksköterskan bör få den närstående att känna sig viktig och att de kan vända sig till personalen vid behov. Detta kan göras genom att involvera de närstående i vården. En planerad och strukturerad information bör ges utifrån patientens och den närståendes behov. Den närstående kan dock även utgöra ett hinder i vissa situationer.

Callista Roys teori – en hållbar teori?

För att få svar på studiens frågeställningar använde sig författarna av Callista Roys omvårdnadsteoretiska adaptionsbegrepp. Ur analysen av granskad forskning framkommer det både nackdelar och fördelar med Roys teori. Teorin har delvis bidragit till

att svara på författarnas frågeställningar. Fördelarna med Roys teori är att den fokuserar på individens sociala samhörighet integrerat med individen och dennes behov.

Nackdelarna med teorin är att den inte i full utsträckning ser närstående som ett stöd till individen utan mer ser närstående som en del av individens situation. Roy fokuserar inte heller på sjuksköterskans stöd till närstående och möjliggör därför inte ett ökat stöd till individen. För att göra Callista Roys teori mer komplett finns ett behov av att adaptionsbegreppet social samhörighet mer ingående beskriver den närståendes stöd till den drabbade samt sjuksköterskans stöd till den närstående.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna valde att i studien fokusera på att klargöra och belysa närståendes stöd till patienter med nyligen genomgången hjärtinfarkt och sjuksköterskans stöd till den närstående. För att nå detta syfte studerades nio vetenskapliga empiriska artiklar som föll in under inklusionskriterierna för studien. Analysen av artiklarna gjordes med begrepp ur Callista Roys omvårdnadsteori och adaptionsbegrepp. Litteraturstudien valdes då författarna ansåg det lämpligast med tanke på den tid som avsattes för studien.

Vid sökning efter vetenskapligt granskade artiklar blev författarna något förvånade över det bristande antal artiklar inom inklusionskriterierna som fanns att tillgå på ämnesområdet. Det framkom även svårigheter i att översätta de svenska sökorden till lämpliga sökord på engelska språket som skulle användas i databasen. Samtliga granskade artiklar var skrivna på engelska, vilket kan ha gett upphov till tolkningssvårigheter och risker för egna tolkningar. Detta har författarna försökt undvika genom att det gjordes individuella tolkningar av författarna för att sedan gemensamt diskutera studiernas och analysens resultat. Detta bör, enligt Patel & Davidson (1994), ske utifrån mönster, teman och kategorier som hittades. Kunskaper om Callista Roys omvårdnadsteori inhämtades i Roy och Andrews (1999) som är

skrivna på engelska, vilket kan ha påverkat författarnas tolkning av hennes teori och begrepp.

Resultatdiskussion

Av Statens folkhälsoinstitut (R 2004:33) framgår att vården och därmed sjuksköterskan har ett ansvar att stödja patientens närstående då dessa har en underskattad och stor betydelse för patientens vård och rehabilitering. Vården och därmed sjuksköterskan har ett ansvar att underlätta för de närstående att utgöra ett stöd samt att de närstående själva får ett tillräckligt stöd.

Psykosociala faktorer

I resultatet framgår det tydligt att den närstående har en viktig funktion i patientens rehabilitering. Detta uppfattar författarna som både intressant och underligt då flera av studierna pekar på att de närstående endast i begränsad utsträckning blir involverade i patientens omvårdnad och rehabilitering. Roy och Andrews (1999) menar att om människan skall kunna uppvisa ett målinriktat och positivt beteende i en nära social relation krävs det att det finns ett givande och tagande av respekt, värde och kärlek, vilket författarna upplever inte alltid eftersträvas i empirin i ovanstående studier. Den närstående kan till och med utgöra en negativ faktor för patienten. Detta kan förklaras med att patient och närstående tar en överdriven hänsyn till varandra och därför döljer sina känslor för varandra. Faulkner (1995) förklarar att patient och närstående försöker skydda varandra. Det kan resultera i att den information som framkommer vid ett samtal där närstående medverkar är otillräcklig vilket sjuksköterskan bör beakta. Mårtensson m.fl. (2001) menar även att relationen mellan närstående och patient kan stressa patienten.

Närståendes upplevelser

Mårtensson (2001) och Tarkka m.fl. (2003) menar att kronisk sjukdom har en stark inverkan på familjens vardag. Den närstående har en viktig funktion och behöver bli bekräftad av sjukvårdspersonal för att kunna utgöra en resurs för sin partner. Studier av Kettunen m.fl. (1999) och Tarkka m.fl. (2003) påvisar att stora brister existerar vad det gäller stöd till de närstående. Sjuksköterskan har en avgörande betydelse för hur den

närstående uppfattar sin situation vilket i sin tur påverkar den närståendes stöd till patienten. För att undvika brister i att involvera närstående instämmer författarna med Kettunen m.fl. (1999) och Turton (1997) som menar att en typ av checklista eller riktlinjer bör användas av sjuksköterskan när hon utövar sitt arbete. Kettunen m.fl. (1999) menar att de närstående upplever en lika stor chock vid en liten infarkt som vid en stor infarkt. De menar också att om chocken är stor blir också rädslan stor. Därför kan författarna dra slutsatsen att sjuksköterskan bör arbeta för att involvera närstående oavsett grad av hjärtskada. Det är därför viktigt att sjuksköterskan stödjer den närstående, för att den närstående själv skall våga stödja patienten. Detta resonemang understöds av Cullberg (2003) som menar att bemötandet av personer i kris kan bli avgörande för dennes bearbetning och erfarenheter av sjukdomen.

Socialt stöd

I studien av Mårtensson m.fl. (1999) framkom det att de närstående som inte blev involverade i patientens vård och rehabilitering hade svårigheter att utgöra en resurs för patienten. Detta anser författarna inte vara förvånande då det enligt Smebye (1997) är relationerna mellan patient och närstående som utgör stödet och inte den närstående i sig. Genom att stimulera, locka och stödja de närstående till att aktivt delta i patientens vård och rehabilitering kan den närstående ge det stöd som är så viktigt för patienten och dennes återgång till ett normalt liv. Roy och Andrews (1999) menar att även den närstående är mottagare av omvårdnad och utgör en länk i den sociala samhörigheten för patienten, vilket även kan påverka de övriga adaptationsområden: patientens fysiologiska funktion, självbild och rollfunktion. De beskriver människan som en individ som existerar i ett kontinuerligt samspel med sin omgivning och kan inte ses som fristående från denna.

Vidare framkom det att det finns skillnader i uppfattningar om det stöd som sjuksköterskan ger till de närstående. Tarkka m.fl. (2003) framhåller att manliga närstående, närstående till äldre patienter och närstående till patienter som inte tidigare vårdats på sjukhus för hjärtsjukdom upplevde ett bättre stöd från sjuksköterskan än kvinnliga närstående och närstående till yngre patienter. I Turton's studie (1997) framkom det att kvinnliga närstående tyckte att kostinformation var viktig. Detta kan

tyda på att människosyn och samhällets normer påverkar vilket stöd de olika närstående får.

Vad det gäller kvalitativa och kvantitativa aspekter på stöd från närstående finns det olika uppfattningar. Hallaråker m.fl (2001) anser att det är styrkan i relationen mellan den närstående och patienten som avgör det upplevda sociala stödet och inte antalet personer i det sociala nätverket. Hälsa på lika villkor – vilket utgör ett nationellt folkhälsomål (SOU 1999:137) beskriver att det är både nätverkets storlek och dess resurser som är avgörande för kvalitén. Författarna anser att det är möjligt att det räcker med en närstående som ger socialt stöd om bandet är starkt mellan de båda medan det vid andra tillfällen kan vara negativt för patienten om det är många som vill vara med och delta i vården.

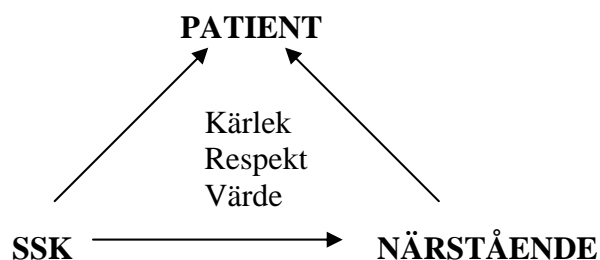
Undervisning

Resultaten pekar på att det föreligger brister i det informativa stöd som ges av sjuksköterskan, trots att de närstående och patienten har ett uppenbart behov av information och undervisning. Många närstående upplever att de inte blir involverade i patientens vård och rehabilitering. Möjliga orsaker kan vara resursbrist och nedskärningar inom hälso – sjukvården men borde enligt författarna inte vara ett hinder för att göra de närstående delaktiga. Författarna anser att ett utarbetande av en checklista och grundlig dokumentation som inkluderar de närstående till patienten bör kunna utgöra ett gott stöd för sjuksköterskan i det praktiska pedagogiska arbetet. Denna checklista för undervisning bör utgå från patientens och närståendes prioriteringar av vilken information som anses vara viktigast och inte enbart sjuksköterskans prioritering. Värdet av en utarbetad checklista med efterföljande dokumentation stöds av Turton (1997).

Friberg (2001) skriver att undervisningsansvaret anges i flera författningar. Dock är motivet att undervisa delat. Undervisningens syfte är explicit att öka patientens kunskap men kan även implicit ske för att sjuksköterskan skall rätta sig efter gällande styrdokument. Författarna har uppmärksammat att tidigare sjuksköterskeutbildningar i Sverige har saknat pedagogik men att nuvarande utbildningar integrerat pedagogiken

som en del i utbildningen. Detta styrks av Friberg (2001) som hävdar att många sjuksköterskors pedagogiska erfarenheter härör från den egna skoltiden och kännetecknas av lärare – elev förhållande. Av författarnas analys framkommer att undervisningen är viktig då undervisning av närstående utgör ett indirekt stöd för patienten. Det är av största vikt att sjuksköterskan besitter en relevant pedagogisk kompetens.

Studiens syfte var bland annat att pröva Callista Roys teori mot empirisk forskning. Författarna anser att Callista Roys omvårdnadsteori avseende adaptationsbegreppet social samhörighet (se figur 1), bör kompletteras med sjuksköterskans fokus på närstående för att denne ska kunna utgöra ett stöd (figur 2). Behovet synliggörs i analysen av den empiriska forskningen.



Figur2. En modifierad tolkning av Callista Roys adaptationsområde social samhörighet.

KONKLUSION

Denna litteraturstudie sammanfattar brister i det sociala och informativa stöd som sjuksköterskan tillhandahåller den närstående. Dessa brister kan leda till ett utanförskap av närstående som resulterar i minskat stöd till patienten. Trots detta framkommer det att den närstående utgör patientens viktigaste stöd. En involvering av närstående i vården av patienten kan ge upphov till lättnad, förbättrad säkerhet och minskad stress för både patient och närstående. Hela familjen påverkas om en familjemedlem drabbas av en hjärtinfarkt och reaktionen är oberoende av graden av hjärtskada. Författarna belyser därför att inga skillnader bör förekomma i socialt och informativt stöd som sjuksköterskan tillhandahåller beroende på hjärtskada. För att få en kontinuitet och ett ökat stöd från vårdpersonal bör riktlinjer, instruktioner och checklistor finnas upprättade

och användas i sjuksköterskans pedagogiska och praktiska utövande. Författarna anser att en utvecklad teori av Callista Roys adaptionsområde, social samhörighet skulle kunna utgöra ett hjälpmedel i sjuksköterskans arbete med närstående.

Fortsatt forskning

Det kan konstateras att under de 17 år som förflutit mellan Orzeck och Staniloff (1987) och Kärner, Dahlgren och Bergdahl (2004) studier har inte synen på den närståendes stöd ändrats nämnvärt. Närstående bör kunna involveras i vården så att de blir det stöd som patienten behöver för att återhämta sig efter en hjärtinfarkt. Därför rekommenderar författarna att fortsatt forskning bör fokuseras på att få fram en fungerande checklista för patienter och närstående som syftar till att utforma individuellt anpassad information och undervisning.

REFERENSER

Andersson, B. (2004). *När hjärtat sviker*. Trönninge: Bert Andersson.

Andersson, G. (2003). *Metaanalys. Metoder, tillämpningar och kontroverser*. Lund: Studentlitteratur.

Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Doyle, P. & Hamilton, G. (1999). Women and Coronary Heart disease. I Jairath, N. *Coronary heart disease & risk factor management – a nursing perspective*. (s. 278-289) Philadelphia: W.B. Saunders company.

Ericson, E. & Ericson, T. (2003). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Faulkner, A. (1995). *Det professionella samtalet*. Stockholm: Liber AB.

Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning*. (avhandling). Göteborg studies in educational science. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis (s. 44-48, 102-116 och 182-194).

Granum, V. (1996). *Att undervisa i vård situationen – en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.

Hallaråker, E., Arefjord, K., Havik, O. & Maeland, J.G. (2001). Social support and emotional adjustment during and after a severe life event: A study of wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 16, 343-355.

Jeppsson Grassman, E. (2003). *Anhörigskapets uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, L. (2001). *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Kettunen, S., Solovieva, S., Laamanen, R. & Santavirta, N. (1999). Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 479-488.

Klang Söderqvist, B. (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Kärner, A., Dahlgren, M. & Bergdahl, B. (2004). Rehabilitation after coronary heart disease: Spouses' views of support. *Journal of advanced nursing*, 46 (2), 204-211.

Lindskog, B. (1997). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag & Nordstedts akademiska förlag.

Mårtensson, J. (2002). *The Life Situation of patients with heart failure in primary health care. An explorative and interventional study*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Mårtensson, J., Dracup, K., Canary, C. & Fridlund, B. (2002). *Living with heart failure: Depression and quality of life in patients and spouses*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis

Mårtensson, J., Dracup, K. & Fridlund, B. (2001). Decisive situations influencing spouses' support of patients with heart failure: a critical incident technique analysis. *Heart & Lung*, 30, 341-350.

Mårtensson, J., Karlsson, J-E. & Fridlund, B. (1998). Female patients with congestive heart failure: How they conceive their life situation. *Journal of Advanced nursing*, 28, 1216-24.

Nilsson, J. (2005). Aterosklerosprocessen. i Lindgärde, F., Thulin, T, & Östergren, J. (red.) *Kärlsjukdomar – lärobok i medicinsk angiologi*. (s. 23-41) Lund: Studentlitteratur.

Nyberg, R. (2002). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och internet*. 4 (bearb.) uppl. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H & Sörensen, S (2001). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Orzeck, S. & Staniloff, H. (1987). Comparison of patients' and spouses' needs during the posthospital convalescence phase of a myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 7. 59-67

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

R 2004:33. *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Roy, C. & Andrews, H. (1999). *The Roy adaption model (2 uppl.)*. Stamford: Appleton & Lange.

Sjöberg, G. (2000). Omvårdnadsaspekter vid akut kranskärlssjukdom i Wallentin, L. (Red.). *Akut kranskärlssjukdom* (s. 163-167). Stockholm: CASAB

Swahn, E. (2000). Riskbedömning vid utskrivning och rehabilitering i Wallentin, L. (Red.). *Akut kranskärlssjukdom* (s. 159-162). Stockholm: CASAB

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Smebye, K. (1997) Sociala relationer i Kristoffersen, N.J. (red.). *Allmän omvårdnad 2*. (s.183-245) Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen (2001). *Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1989:14. *Socialstyrelsens allmänna råd om bedömningen inom hälso- och sjukvården av rätt till ersättning och ledighet för närståendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1995:5. *Allmänna råd om kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1999:137. *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

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, 256-265.

Tarkka, M-T., Paavilainen, E., Lehti, K. & Åstedt-Kurki, P. (2003) In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 736-743.

Thompson, D., Ersser, S. & Webster, R. (1995). The experience of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 707-714.

Turton, J. (1998). Important information following myocardial infarction: a study of self-perceived information needs of patients and their spouses/partner compared with perception of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 770-778.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Göteborg: Erlanders Gotab.

www.ne.se (2005-04-13 kl. 11:08)

Östlinder, G. Red. (2004). *Närståendes behov. Omvårdnad som akademiskt ämne*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Bilaga 1 – Sökord och sökresultat

Sökmotor:	Sökordskombination:	Träffar:	Antal utvalda artiklar:
	1 = Significant others 2 = Myocardial infarction 3 = Nursing 4 = Relatives 5 = Support		
Academic Search Elite	1	1837	0
	2	5137	0
	3	64299	0
	4	3171	0
	5	39411	0
	1+3	117	0
	1+5	159	0
	2+3	395	0
	3+4	336	0
	1+2+3	2	1
	1+2+5	0	0
	2+3+4	5	1
Cinahl	1	867	0
	2	9509	0
	3	227242	0
	4	3858	0
	5	66508	0
	1+2	52	1
	1+5	478	0
	1+2+3	46	1
	1+2+5	39	0
	2+3+4	128	4
SweMed+	1	5	0
	2	943	0
	3	4147	0
	4	111	0
	5	338	0
	1+2	0	0
	1+5	0	0
	2+4	0	0
	2+3	5	0

Bilaga 2 – Sammanfattning av artiklar

Studie:	Studiens syfte:	Design:	n:	Slutsats:
Svedlund, M. & Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation.. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 16, 256-265.	Studiens syfte var att undersöka innebörden av upplevda erfarenheter efter en hjärtinfarkt och vara en partner till en olycklig kvinna skildrat under rehabilitering.	Intervju	18	Indikerar bristande kommunikation mellan patient och partner. Beskriver hur hjärtinfarkt påverkar kvinnor och deras partner.
Hallaråker, E., Arefjord, K., Havik, O. & Maeland, J.G. (2001). Social support and emotional adjustment during and after a severe life event: A study of wives of myocardial infarction patients. <i>Psychology and Health</i> , 16, 343-355.	Studiens syfte var att undersöka förhållandet mellan kvantitativa och kvalitativa indikatorer för socialt stöd och ångslan, depression och användandet av hälso- och sjukvården.	Intervju med uppföljning	37	Mindre klar association mellan socialt stöd och depression hos hjärtinfarktpatienter. Skillnader finns i kvalitativa och kvantitativa aspekter.
Turton, J. (1998) Important information following myocardial infarction: a study of self-perceived information needs of patients and their spouses/partner compared with perception of nursing staff. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 27, 770-778.	Studiens syfte var att klargöra vad ur den vanligtvis givna undervisningen till patienter och närstående som de upplever som mest viktigt.	Frågeformulär och strukturerad intervju	36	Signifikanta skillnader i vad patient/närstående och sjuksköterska skattar som den viktigaste informationen i undervisning efter genomgången hjärtinfarkt.
Kettunen, S., Solovieva, S., Laamanen, R. & Santavirta, N. (1999). Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 30 (2), 479-488.	Studiens syfte var att undersöka hjärtinfarkts påverkan på partnern i termer av rädsla och symtom under rehabiliteringsfasen.	Strukturerat frågeformulär med uppföljning	57	Beskriver rädslan, emotionella och fysiska symtom och den närståendes upplevelser av det stöd som gavs från vårdpersonal under patientens återhämtande.

Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A. & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: Survivors' and spouses' stress, coping and support. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 31 (6), 1351-1360.	Studiens syfte var att beskriva stress, coping-strategier och socialt stöd upplevda av patienter och deras partner.	Fältanteckningar, dagbok	28	Patient och närstående upplever liknande stressymtom. Närstående och patienter beskrev bristande informativt stöd från sjukvårdspersonal.
Thompson, D., Ersser, S. & Webster, R. (1995). The experience of patients and their partners 1 month after a heart attack. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 22, 707-714.	Studiens syfte var att utforska uppenbara mönster av erfarenheter från 20 patienter och deras partner en månad efter förstagångs hjärtinfarkt.	Semistrukturerad intervju	40	Förväntningar på råd och information om framtiden, reaktioner, normalisering och påverkan på förhållandet mellan patient och dess partner.
Tarkka, M-T., Paavilainen, E., Lehti, K. & Åstedt-Kurki, P. (2003) In-hospital social support for families of heart patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 12, 736-743.	Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans socialt stöd till närstående till hjärtsjuka patienter under sjukhusvistelse samt identifiera faktorer relaterade till socialt stöd	Frågeformulär	161	Närstående till hjärtinfarktpatient beskriver missnöje med det sociala stödet från sjuksköterskan.
Mårtensson, J., Dracup, K. & Fridlund, B. (2001). Decisive situations influencing spouses' support of patients with heart failure: a critical incident technique analysis. <i>Heart & Lung</i> , 30, 341-350.	Studiens syfte var att beskriva avgörande situationer, upplevda av partners till patienter med hjärtsjukdom, som skulle kunna påverka deras förmåga att bistå med socialt stöd till patienten.	Intervju	23	Genom att identifiera närståendes upplevelser kan vårdpersonal utläsa vilken typ av specifika åtgärder som bör beaktas för att förbättra livssituationen för patienter med hjärtinfarkt och deras närstående

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-264200 Fax 0521-264299
www.htu.se