



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

ÅNGEST VID HJÄRTIN- FARKT

En litteraturstudie om situationer som kan skapa ångest hos patienten med hjärtinfarkt och sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder

Gunilla Barck
Monica Pettersson

Examensarbete
Kurs HT 01
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2004

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

ÅNGEST VID HJÄRTINFARKT

En litteraturstudie om situationer som kan skapa ångest hos patienten med hjärtinfarkt och sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder.

Gunilla Barck

Monica Pettersson

Barck, G & Pettersson, M. Ångest vid hjärtinfarkt – En litteraturstudie om situationer som kan skapa ångest hos patienten med hjärtinfarkt och sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. *Examensarbete, 10 poäng, sjuksköterskeprogrammet*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, utbildningsområde omvårdnad (2003).

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka i vilka situationer patienten med hjärtinfarkt kunde känna ångest. Vi ville även undersöka vad sjuksköterskan kunde göra för att lindra denna ångest. Resultatet baserades på åtta vetenskapliga artiklar samt en litteraturstudie, som granskats efter Polit, Beck och Hunglers kriterier för hur en vetenskaplig artikel ska vara uppbyggd. Resultatet visade att patienten kunde känna ångest inför undersökningar, förflyttningar, brist på information från sjuksköterskan och vid överföring av ångest från anhöriga. Information, stöd, undervisning i olika avslappningsövningar och musikterapi är användbara omvårdnadsåtgärder, som sjuksköterskan kunde använda för att lindra ångest hos patienten med hjärtinfarkt.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, intervention, omvårdnad, rädsla, ångest.

ANXIETY AT MYOCARDIAL INFARCTION

A literature review about situations that can create anxiety among patients with myocardial infarction and interventions the nurse can provide.

Gunilla Barck

Monica Pettersson

Barck, G & Pettersson, M. Anxiety at myocardial infarction – A literature review about situations that can create anxiety among patients with myocardial infarction and interventions the nurse can provide. *Examination paper, 10 points, Nursing programme*. Malmö University, Health and Society, Department of Nursing (2003).

The purpose of this review was to examine in what situations patients with myocardial infarction could feel anxiety. We also wanted to examine what a nurse could do to relieve the anxiety. The results are based on eight scientific articles and one literature review, which are appraised using criteria from Polit, Beck and Hunglers (2001) how a scientific article should be designed. The result shows that the patient could feel anxiety before examinations and transfers. The patient's anxiety increased if relatives had anxiety and if there were a lack of information from the nurse. Information, support, teaching in different relaxations and music therapy are useful interventions, which the nurse could use to relieve the anxiety among patients with myocardial infarction.

Keywords: Anxiety, fear, intervention, myocardial infarction, nursing.

FÖRORD

Efter en jobbig men rolig period är vårt examensarbete äntligen färdigt. Vi har skrattat, gråtit och slitet vårt hår under resans gång som har varit minst sagt slingrig. Vi vill tacka varandra för ett gott samarbete. Vi vill även rikta ett tack till vår handledare, Magdalena Annersten, för ett bra samarbete.

Malmö 2003-12-19

Gunilla Barck och Monica Pettersson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	4
INLEDNING	7
BAKGRUND	7
Hjärtinfarkt och instabil angina	8
Definition	8
Patogenes	8
Symtom/klinisk bild	8
Akut omhändertagande	8
Prehospital vård	9
Behandling av akuta koronara syndrom på Sjukhus – SATSA	9
Ångest	9
Definition	9
Behandling av ångest	10
Krisreaktion	10
Chockfasen	10
Reaktionsfasen	11
Bearbetningsfasen	11
Nyorienteringsfasen	11
Sjuksköterskans omvårdnad	11
Lagar och författningar	12
TEORETISK RAM	13
SYFTE	15
Frågeställningar	15
METOD	15
Kriterier för granskning av artiklar	15
RESULTAT	16
Ångestrelaterade situationer	16
Brist på information	16
Perkutan transluminal coronar angioplastik (PTCA)	17
Coronary artery bypass grafting (CABG)	17
Förflyttning	18
Ångestöverföring	18
Sjuksköterskans omvårdnad	18
Stöd	18
Information	18
Avslappning	19
Musik	20
ARTIKELGRANSKNING	20

DISKUSSION	27
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion	28
Slutord	31
REFERENSER	32
BILAGA 1: Sökschema	34

INLEDNING

Var femte patient som söker vård vid akutmottagning i Sverige har symtom på kranskärslsjukdom (cirka 150 000 årligen). Av dessa läggs 90 000 in på hjärtintensivavdelning, varav en tredjedel har hjärtinfarkt och en tredjedel instabil kranskärslsjukdom. Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i vårt land och svarar för 30 procent av alla dödsfall i landet. Något mer än hälften av dödsfallen inträffar utanför sjukhus. Två tredjedelar av patienterna som drabbas av akut kranskärslsjukdom är män. Kvinnor som drabbas är i genomsnitt tio år äldre än männen (Asplund m fl 2002).

Hjärtinfarktsmärtorna kan vara förenade med stark dödsångest. Smärtorna kan patienten långt efteråt komma ihåg som en ångestfylld dröm, även om han fått god smärtlindring. Det handlar helt och hållet om två grundläggande behov; behovet av att överleva och behovet att få veta vad det är som händer med en. Patienten och hans närmaste är ofta mycket ängsliga, därför är det mycket viktigt att förklara vad man gör med patienten och varför. Detta medför att patienten och närstående upplever situationen som tryggare (Almås 2002).

Eftersom många människor drabbas av ångest i samband med akuta sjukdomar, kommer vi med största sannolikhet att möta detta omvårdnadsproblem när vi kommer ut i vården som färdiga sjuksköterskor. Genom vår litteraturstudie vill vi belysa hjärtpatientens ångest vid olika situationer och framhäva betydelsen att skapa en lugn och trygg miljö för patienten under sjukhusvistelsen. Vi vill även studera vad sjuksköterskan kan göra för att lindra denna ångest. Denna kunskap om patienten med hjärtinfarkt, tycker vi, kan appliceras på andra patienter med allvarliga sjukdomstillstånd.

BAKGRUND

Under de senaste trettio åren har vården av akut hjärtinfarkt genomgått en snabb utveckling. Sjukhusdödligheten var på 1960-talet cirka 30 procent. Medelvårdtiden för en patient med akut hjärtinfarkt var två till tre veckor och de ordinerades sängläge i flera dygn. Behandlingsmöjligheterna bestod av vila, digitalis och diuretika mot hjärtsvikt, kinidin eller procainamid vid allvarliga arytmier och orala antikoagulantia mot risken för trombos. På grund av risken för blodtrycksfall ansågs nitroglycerin kontraindicerat. Under ett decennium från 1965 öppnades hjärtintensivavdelningar för hjärtinfarktvård på många sjukhus i Sverige. Här infördes kontinuerlig rytmövervakning och möjligheter till defibrillering av kammarflimmer, vilket resulterade i att sjukhusdödligheten sjönk till 20-25 procent (Socialstyrelsen 2001).

Under 1980-talet visade det sig att betablockad, acetylsalicylsyra, nitrater och trombolys hade skyddande och symtomlindrande effekt vid hjärtinfarkt. Dessa preparat gjorde att sjukhusdödligheten sänktes ytterligare till 15-20 procent. När sedan ACE-hämmare samt tidiga operativa ingrepp (revaskularisering) infördes som tilläggsbehandling under 1990-talet nedbringades sjukhusdödligheten till 10-15 procent. Samtidigt sjönk medianvårdtiden till 5-7 dagar (a a).

Vi har sökt i facklitteratur för att finna historik om fenomenet ångest efter hjärtinfarkt, utan resultat.

Hjärtinfarkt och instabil angina pectoris

Skillnaden mellan akut hjärtinfarkt och instabil angina pectoris är flytande och beror på vilka metoder och definitioner som används för att påvisa hjärtmuskelskada (Socialstyrelsen 2001).

Definition

Akuta koronara syndrom omfattar tillstånd som orsakas av plötsligt försämrat blodflöde i ett av hjärtats kranskärl och därigenom uppkommer syrebrist (ischemi) i detta kärles försörjningsområde i hjärtmuskeln. De akuta koronara syndromen omfattar akut hjärtinfarkt, instabil angina pectoris och plötslig död av arytmi utlöst av plötslig syrebrist i hjärtmuskeln (a a).

Patogenes

Den bakomliggande orsaken till akuta koronara syndrom är en spricka i ett åderförkalkningsplack i ett kranskärl samt en pålagrad trombos och spasm som plötsligt förtränger eller helt täpper till blodflödet i kranskärlet och som även kan förorsaka embolier. Detta leder till en plötslig syre- och näringsbrist i hjärtmuskulaturen vilket medför tryck eller smärta i bröstet, EKG-förändringar och en akut försvagning av pumpfunktionen. Upphör blodflödet under mer än 15 till 30 minuter uppkommer skador på hjärtmuskulaturen. Detta ger upphov till enzymläckage från de skadade hjärtmuskulcellerna som kan påvisas i blodprover. Vid bestående avbrott av blodflödet i ett område som inte har utvecklade kollateralkärl uppstår inom timmar en större Q-vågsinfarkt med ST-höjning, som kan avläsas genom EKG. Vid en kortvarig flödeshindrande trombos utan totalocklusion, utvecklas ingen eller endast mindre myokardskada (instabil angina eller icke-Q-vågsinfarkt) med ST-sänkningar. Tidsförloppen vid utveckling av akut hjärtinfarkt är mycket varierande, hela hjärtskadan kan ibland utvecklas inom några timmar och ibland under flera dygn (a a).

Symtom/klinisk bild

Symtomen vid akut koronara syndrom är ihållande eller återkommande obehag, tryck eller smärta i bröstet. Smärtan kan stråla ut mot vänstra armen, nacken, underkäken eller ryggen. Smärtan är inte alltid dominerande utan andra symtom som ångest, andfåddhet, illamående, matthet, svaghet och svimning förekommer. Äldre personer, kvinnor och personer med diabetes har ofta dessa symtom. Hälften av alla patienter med akut hjärtinfarkt har under den närmast föregående månaden och ofta under de närmast föregående dagarna haft varningssymtom i form av kortare episoder av tryck och smärta över bröstet, andfåddhet eller trötthet som kan ha kommit såväl i vila som vid lindrig ansträngning (a a).

Akut omhändertagande

Huvudmålsättningen med behandlingen är att lindra ångest och smärta, förlänga livet, minska skada och komplikationer samt förhindra återinsjuknande. För att minska dödligheten och förbättra prognosen vid akut hjärtinfarkt är tillgången till snabb övervakning och behandling nyckelfaktorer. Sedan patienten slagit larm bör en person med kunskap om akut hjärt-lungräddning vara hos patienten inom 5 till 10 minuter (Asplund 2002).

I tätorter bör kompetent personal med tillgång till arytmiovervakning, defibrillator och läkemedelsbehandling vara hos patienten inom 10 till 15 minuter och i glesbygden i de flesta fall inom 30 till 45 minuter (Asplund 2002).

Prehospital vård

Redan vid den första kontakten med patienten, utanför sjukhuset, finns det goda möjligheter att lindra ångest och smärta. Vid ihållande tryck eller smärta i bröstet ska patienten inta nitroglycerin och acetylsalicylsyra, vilket kan minska smärtan och därmed ångesten. Vid alarmerande symtom (kraftig andfåddhet, ihållande oregelbunden hjärtrytm, långvarig matthet, medvetanderubbning eller svimning) rekommenderas omedelbar ambulanstransport till sjukhus med hjärtintensiv vård. Även vid kvarvarande tryck i bröstet efter 15 minuter kontaktas ambulans för transport till sjukhus. I ambulansen får patienten ångest- och smärtlindring i form av morfin, vilket minskar hjärtats belastning (a a).

Behandling av akuta koronara syndrom på sjukhus – SATSA

Följande behandlingar är aktuella när en patient med misstänkt eller säkerställd instabil angina anländer till sjukhuset (Socialstyrelsen 2001):

- ?? Ångest- och smärtlindring: morfin, syrgas, eventuellt sedativa medel.
- ?? Anti-ischemisk behandling: betablockad, nitrater.
- ?? Trombosbehandling: ASA, trombolys/PTCA, heparin.
- ?? Sviktbehandling: diuretika, nitrater, ACE-hämmare, CPAP.
- ?? Arytmibehandling (a a).

Tillvägagångssättet med omedelbar start av syrgas, morfin, betablockad och/eller nitroglycerin baseras på den snabba symtomlindrande effekten. Den reperfundrande och tromboshämmande behandlingen startas samtidigt, men förväntas inte ha någon effekt förrän efter en till två timmar. Under hela vårdtiden ska kontinuerlig och konkret information ges till patienten om sjukdomen, åtgärder, behandling för att minska ångest, stress och oro i framtiden (a a).

Ångest

Alla akuta sjukdomar och skador är ett hot mot individens välfärd. Ångest är en närliggande reaktion hos alla individer som befinner sig i patientrollen. Sjuksköterskan bör lära sig identifiera ångest, både subjektivt och objektivt. Kunskap om ångestframkallande faktorer, om grader eller nivåer av ångest, samt om ångestförebyggande åtgärder, bör ingå i sjuksköterskans yrkesmässiga beredskap (Lökenstam 1997).

Definition

Cullberg (2003 s 50), skriver: "ångest är en del av det mänskliga livets betingelser. Liksom smärta är organismens reaktion på fysisk skada är förmågan att känna ångest en av våra viktigaste skyddsfunktioner i tillvaron och avgörande för vår överlevnad".

Perski (1999), som är psykolog för hjärtsjuka vid Karolinska Institutet, skriver att den ospecifika rädslan som inte är knutet till något konkret, kallas inom psykologin och psykiatrin för ångest. Dygnet runt befinner sig kroppen i ett tillstånd av höjd beredskap och i den situationen finns inga andra upplevelser eller tankar än de som är inriktade på att förhindra en katastrof. Detta tillstånd är inte särskilt tydligt, varken för den drabbade eller för omgivningen. Patienten kan hamna i ett

långvarigt och mycket besvärligt ångestillstånd om sjukhusvistelsen har varit kort. Det är viktigt att patienten hinner bearbeta det som hänt och fått vänja sig vid den nya situationen (Perski 1999).

Jenkins m fl (1995) anger att kroppens fysiologiska försvar mot ångest och stress är "flight or fights". Binjuremärgen sprider ut adrenalin via blodet ut i kroppen. Den ökade sympatiska aktiviteten gör att kroppen blir bättre rustad att möta en krissituation. Hjärtats förmåga att pumpa ut blod ökar, och samtidigt kontraheras blodkärlen i hud och inre organ, så att en stor del av blodet flödar ut till skelettmuskulaturen. Den ökade sympatiska aktiviteten förbättrar syrgastillförseln genom att bronkerna utvidgas och andningsfrekvensen ökar. Svettningen ökar för att göra sig av med överskottsvärmen, som produceras vid en ökad energiomsättning. Resultat av dessa fysiologiska förändringar är att behovet av syre i hjärtmuskulaturen ökar, vilket leder till ischemisk bröstsmärta, arytmier eller plötslig död hos de patienter som tidigare har ett skadat hjärta.

Behandling av ångest.

Det finns effektiva läkemedel idag som kan dämpa oro och ångest, exempelvis benzodiazepiner och morfin. Dessa läkemedel sänker vakenhetsgraden och gör patienten trött och dåsig. Benzodiazepiner och morfin verkar muskelavslappande, kramplösande och befämjar sömnen. Ångesten som väcks av kranskärlutlösta bröstsmärtor kan förvärra smärtorna genom att aktivera det sympatiska nervsystemet ytterligare. Lugnande mediciner kan bryta den onda cirkeln och därmed minska kärlkrampens intensitet. De kan vara mycket effektiva och påskynda tillfrisknandet och hindra patienten att fastna i ett negativt reaktionsmönster. Dessa läkemedel rekommenderas inte som behandling under en längre period, utan som ett stöd för andra insatser. Att ständigt vara på sin vakt, att ständigt vänta sig det värsta, är knappast idealiskt för läkningen i hjärtmuskeln. Botemedlet för ångest är dels att minska upplevelsen av hot, dels dämpa kroppens fysiologiska uppladdning och uppvarvning. Den bästa åtgärden som kan hjälpa patienten att förstå, är samtal med en läkare eller sjuksköterska med erfarenhet av hjärtsjukdom (Perski 1999).

Krisreaktion

När en patient drabbas av en akut kranskärlssjukdom hotas hela individens existens och livsmöjligheter, individen genomgår en traumatisk kris (Cullberg 1996).

Enligt Cullberg (1996 s 15): "befinner man sig i ett kristillstånd när man råkat in i en livssituation där ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och psykiskt bemästra den aktuella situationen".

Den traumatiska krisens förlopp delas in i fyra olika faser (Cullberg 1996).

- ?? Chockfasen
- ?? Reaktionsfasen
- ?? Bearbetningsfasen
- ?? Nyorienteringsfasen

Chockfasen

Första fasen är chockfasen, den kan vara från ett kort ögonblick till några dygn. Individen gör allt för att förneka och hålla verkligheten ifrån sig för det inträffade. Under ytan råder det ett fullständigt psykiskt kaos och total förvirring. En del reagerar med kraftig oro och panik (a a).

Omvårdnaden till en individ i den här situationen är kroppskontakt, empati, förståelse och en möjlighet att få leva ut sina känslor. Det är viktigt att få individen att förstå att reaktionen är helt normal. Den emotionella blockad som råder under chockfasen gör att individen har svårt att ta emot information om vad som inträffat (Cullberg 1996).

Reaktionsfasen

I Cullberg (1996) står det skrivet att reaktionsfasen inträffar när patienten inte längre kan förneka vad som hänt. Patienten börjar förstå vad som inträffat, detta kan medföra starka känslomässiga reaktioner och psykosomatiska symtom. Patienten börjar ta in mer av verkligheten och i och med det behövs inte längre försvaren på samma sätt. Försvaren har fyllt en viktig funktion genom att skydda mot allt för stark ångest. Vidare beskrivs, att patienten kan ge andra skulden för vad som hänt, detta är ett skydd för att slippa ifrån de egna skuldkänslorna. Patienten behöver bearbeta det som hänt och låta det sjunka in, detta sker gradvis. Därför behövs viktig information upprepas flera gånger. Det är angeläget att ta reda på vilka upplysningar patienten behöver. Sjuksköterskan måste få information om patientens specifika situation, vilka frågor och farhågor patienten har inom sig. Sjuksköterskans uppgift är att främja för en god dialog. Reaktionsfasen kan vara allt från några veckor till månader.

Bearbetningsfasen

Nu har individen lämnat det akuta skedet och börjat orientera sig mot verkligheten och framtiden. Bearbetningsfasen kan hålla i sig upp till ett år efter den traumatiska händelsen. Individen går gradvis över från upptagenhet av det förgångna och den krisutlösande händelsen, till att återuppta gamla aktiviteter, intresse för nya kontakter och en inläring av nya sociala funktioner och kunskaper. Bearbetningen gör att förnekelsen som försvar minskar och nuet blir åter viktigt. Individen kan nu se mer nyanserat på sitt eget ansvar för den krisutlösande händelsen. Bearbetningsfasen innebär att individen lyckats acceptera det inträffade i någon form, knappast av sjukdomen, men av ett annorlunda liv och nya villkor som sjukdomen innebär. Den plågsamma erfarenheten har trots allt gjort livet rikare (a a).

Nyorienteringsfasen

Under nyorienteringsfasen är smärtan efter den traumatiska händelsen borta eller under kontroll. Patienten har kontakt med verkligheten, den traumatiska händelsen är nu inte längre i fokus (a a).

Sjuksköterskans omvårdnad

Det akuta omhändertagandet av en patient som kommer in till sjukhus med hjärtinfarkt är mycket betydelsefullt. Ett professionellt bemötande av patienten är av stor vikt, eftersom infarktsmärtan ofta ger svår ångest och oro. Snabb behandling och information om vad som händer bidrar till att patienten kan känna trygghet och tillförsikt. I omvårdnadsarbetet ingår att skapa en relation med patienten som möjliggör en öppen kommunikation, där patienten kan känna sig fri att samtala om det som känns angeläget (Fridlund 1998).

Hur patienten reagerar på sin sjukdom visar sig på olika sätt beroende på vem vi har framför oss, om det är kvinna eller man, ung eller äldre, personligheten, vilka sociala omständigheter individen lever i, livserfarenheter och så vidare (a a).

Upplevelsen av hjärtinfarkten gör patienten känslomässigt sårbar varför äkta omsorg i omvårdnaden väger tungt då den påverkar patientens upplevelse av välbefinnande (Fridlund 1998).

Enligt Almås (2002) behöver hjärtmuskulaturen avlastning vid akut hjärtinfarkt, därför är det viktigt att planera förhållandena i patientens omgivning, så att han/hon kan slappna av, vila och sova. Ångest, den främmande omgivningen, smärta och obehag är stressfaktorer som påverkar det autonoma nervsystemet och ökar belastningen på hjärtat. Vid stimulering av det sympatiska nervsystemet ökar mängden katekolaminer i blodbanan, hjärtats syrebehov och risken för arytmier ökar, vilket kan få fatala följder för patienten. Sjuksköterskan viktigaste uppgift är att undanröja stressfaktorer i omgivningen. På intensivvårdsavdelningen utsätts patienten ständigt för stimuli i form av blinkande lampor, larmsignaler, hög aktivitetsnivå och störningar vid observationer och mätningar. Det är därför viktigt att ge patienten fortlöpande information om vad som händer och varför.

Förflyttning från intensivvårdsavdelning till en vanlig vårdavdelning sker beroende på patientens förbättrade tillstånd eller på grund av platsbrist på intensivvårdsavdelningen. För patienten betyder det en ny och okänd miljö, ny personal och mindre kontakt med personalen, vilket kan skapa ångest. Förberedelsen av förflyttningen bör sjuksköterskan noggrant planera för att undvika ökad stress och ångslan hos patienten och hans närstående. Omvårdnaden patienten har fått på intensivvårdsavdelningen skall vara uppdaterad och vara noggrant dokumenterad för att omvårdnaden ska få en kontinuitet. Vårdpersonalen på den övertagande vårdavdelningen får på detta sätt kunskaper som de behöver om patienten och behandlingen. Den information och undervisning patienten har fått är särskilt viktig att sjuksköterskan dokumenterar, för att den övertagande sjuksköterskan ska kunna bekräfta vad patienten har förstått. Idealet är att sjuksköterskan som ansvarar för omvårdnaden av patienten på intensivvårdsavdelningen talar direkt med den sjuksköterskan som övertar ansvaret. Den övertagande sjuksköterskan kan underlätta kontinuiteten i omvårdnaden genom att hälsa på patienten före förflyttningen (a a).

Lagar och författningar

I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) står det skrivet att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och att hela befolkningen ska få vård på lika villkor. Alla människor ska respekteras med värdighet och den individ som har mest behov av vård ska prioriteras. Lagen säger att hälso- och sjukvården ska bedrivas med målet inriktat på en god omvårdnad. Detta innebär att vården ska vara av god kvalitet och att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, den ska vara lättillgänglig, patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och god kontakt mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal ska främjas.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården syftar till att patientens hälsa ska stärkas, sjukdom och ohälsa ska förhindras, patientens hälsa ska återställas och bevaras med utgångspunkt från varje individs individuella möjligheter och behov, lidandet ska dämpas och vid livets slutskede ska det ges möjligheter till en värdig död.

I föreskriften (SOSFS 1993:17) står det att ”omvårdnad omfattar åtgärder i syfte att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge

stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och behandlingssituationer” (SOSFS 1993:17).

TEORETISK RAM

Enligt Gustafsson (1997) påverkas våra upplevelser av oss själva och vår självbedömning i vår interaktion med andra. När vår sårbarhet ökar, som vid en kronisk sjukdom, får en bekräftande interaktion en speciell betydelse. Det är värdefullt för patienten om det finns en bekräftande interaktion med sjuksköterskan, eftersom det bidrar till att minska patientens sårbarhet. Om patienten får uppleva en icke-bekräftande interaktion kommer han att känna förnekande, nonchalans och därmed minskat människovärde.

Vidare menar Gustafsson (1997) att den bekräftande dialogen påverkar patientens tillit till sjuksköterskan, den är även värdefull för patientens vilja att lyssna och vara följsam till de råd som ges. När patienten känner sig bekräftad, slappnar han av, vilket har en god inverkan på hans allmäntillstånd och på hans självkänsla. Detta kan även leda till att tillfrisknandet går fortare.

SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad har en människosyn som utgår från en humanistisk värdegrund med människan som ett handlande subjekt. Tre komponenter som bestämmer människans handlande är; individens *livsplan* (de centrala mål individen har för sitt liv), *repertoar* (de förmågor som individen har tillgång till för att förverkliga sina mål) och *miljö* (faktorer som inverkar på individen och bestämmer resultatet av handlingen). Komponenten miljö delas in i två huvudrelationer, *inre miljö* (relationen individen har till sig själv t ex emotioner exempelvis kan rädslor hindra individen från att utnyttja den handlingsrepertoar som faktiskt finns) och *yttre miljö* (socialt stöd eller avsaknad av det, kan påverka vårt val av handling) (a a).

Den bekräftande interaktionen anses vara betydelsefull för båda parter. För patienten är den bekräftande interaktionen värdefull och kan förstås som helande, det vill säga en komponent i inre miljön, självbedömningen, bevaras eller förstärks. Detta gör att patientens möjligheter ökar, att förverkliga centrala projekt i sin livsplan, till ett ”gott liv”. Helandet är baserat på en helhetssyn, vilket innebär om patientens inre miljö påverkar hennes repertoar och livsplan på ett positivt sätt. Förstärkt självbedömning ökar viljan (livsplan) att utöva sina förmågor (repertoar). Bli utövandet framgångsrikt förstärks patientens förmågor, vilket i sin tur positivt påverkar hennes självbedömning (inre miljö) och ökar hennes möjligheter att förverkliga de projekt hon önskar (livsplan), som att uppgå kontakten med gamla vänner (yttre miljö) (a a).

Den bekräftande interaktionen är värdefull för sjuksköterskan och är en av förutsättningarna för att sjuksköterskan ska kunna förvärva kunskaper om patientens upplevelsemässiga innebörd av sin situation. Denna kunskap bildar grunden för utövandet av omvårdnadskompetens (a a).

SAUK-modellen är uppbyggd i fyra faser och på fem principer för bekräftelse. I varje fas finns omvårdnads mål och omvårdnadshandlingar i syfte att upptäcka, bevara och befrämja patientens livskompetens (Gustafsson 1997).

Tabell 1. SAUK-modellen.

Faser	Omvårdnads mål	Omvårdnadshandling
S	Uttrycka sympati i relation till patienten	Omvårdaren delar patientens oro, uttrycker medkänsla och manifesterar omvårdnad just genom denna oro för den unika patientens välbefinnande, lycka och meningsfulla liv – i syfte att bevara och befrämja patientens livskompetens.
A	Skapa och upprätthålla en accepterande och tillåtande dialog i interaktionen med patienten.	Omvårdaren tillåter patienten att uttrycka det hon önskar och anser relevant, som tankar, känslor, förhoppningar, föreställningar, önskningar, frågor och misslyckande – i syfte att bevara och befrämja patientens livskompetens.
U	Förvärva kunskap om patientens upplevelsemässiga innebörd av sin livssituation.	Omvårdaren, utifrån patientens berättelser och reflektioner och med egna tidigare kunskaper och erfarenheter, försöka förvärva kunskap om patientens upplevelsemässiga innebörd utifrån den människa patienten är och vill vara – i syfte att bevara och befrämja patientens livskompetens.
K	Manifestera yrkesspecifik kompetens baserad på kunskaper om patientens upplevelsemässiga innebörd av sin livssituation.	Omvårdaren utövar sin specifika kompetens som fokuserar på patientens resurser – i syfte att bevara och befrämja patientens livskompetens med fokus på hennes livsplan, repertoar, inre och yttre miljö.

Faserna och principerna är nära relaterade till varandra. De fem principerna för bekräftelse grundas på respekten för människans rätt till autonomi, subjektivitet och individualitet (Gustafsson 1997).

1. Principen om patient-omvårdar-relation som en subjekt-subjekt-relation.
2. Principen om patientindividualisering.
3. Principen om patientinvolvering.
4. Principen om patientinflytande.
5. Principen om patienttilltro, tilltro till den andre människans resurser i hennes livsplan, repertoar, inre miljö och yttre miljö (a a).

När dessa rättigheter respekteras i omvårdnadsutövningen kan det uppfattas som omvårdarens etiska kompetens (a a).

Sjuksköterskan har en viktig funktion i omvårdnaden av ångestfyllda patienter. Sjuksköterskans uppgift är att identifiera patienten ångest, vara medveten om att den kan uttryckas på olika sätt samt att åstadkomma ångestlindring. Sjuksköterskan ska även kunna hantera patientens krisreaktion i samband med en diagnos.

SYFTE

Vår målsättning med denna litteraturstudie är att belysa den ångest som patienten med hjärtinfarkt kan drabbas av. Vi vill kartlägga i vilka situationer patienten med hjärtinfarkt kan känna ångest. Vi vill även studera vad sjuksköterskan kan göra för att lindra denna ångest.

Frågeställningar

1. I vilka situationer kan patienten med hjärtinfarkt känna ångest?
2. På vilka sätt kan sjuksköterskan lindra ångest hos patienten med hjärtinfarkt?

METOD

Föreliggande litteraturstudie baseras på en omfattande sökning som resulterade i åtta vetenskapliga artiklar och en litteratursammanställning. Avsikten var att besvara våra frågeställningar med artiklar med en kvalitativ ansats. Eftersom det var svårt att finna kvalitativa artiklar som besvarade våra frågeställningar, fick även kvantitativa artiklar användas. Artikelsökningen har skett systematiskt i databaserna Cinahl, Pub Med och Science Direct, genom Malmö Högskola, bibliotek och ITs databas för informationssökning. Sökorden som huvudsakligen användes var myocardial infarction and anxiety and nursing ?MeSH-termer?. Kompletterande sökord användes för att få artiklar som besvarade frågeställningarna. Begränsningarna som gjordes var; engelska språket, human och år 1990-2003. En annan källa för inhämtning av artiklar var referenslistor, vilket resulterade i en artikel från 1989.

Sökningarna resulterade i tusentals träffar som kan utläsas i sökschemat (bilaga 1). Artiklarna grovgranskades efter titelns relevans och därefter lästes ett sextiotal abstrakt. Det beställdes 20 artiklar, som granskades efter Polit m fl (2001) riktlinjer hur en vetenskaplig artikel ska vara uppbyggd och om de besvarade våra frågeställningar. Av dessa uppfyllde åtta artiklar kriterierna för att ingå i denna litteraturstudie.

Kriterier för granskning av artiklar

Följande kriterier anser Polit, Beck och Hungler (2001), att en vetenskaplig artikel ska innehålla.

Titel

Titeln ska innehålla det centrala fenomenet och locka läsarens intresse. Den ska innehålla högst 15 ord (a a).

Abstrakt

Abstraktet ska innehålla en kort beskrivning av studien som besvarar frågorna; vilken är forskningsfrågan? Vilken metod har använts för att besvara forskningsfrågan? Vad upptäckte forskaren? Abstraktet ska sätta in läsaren i problemet, för att denna ska kunna få en uppfattning om den är läsvärd (a a).

Introduktion

Introduktionen ska sätta in läsaren i forskningsproblemet. Den ska innehålla det centrala fenomenet, syfte och frågeställningar. Där ska även finnas en översikt på tidigare forskning i ämnet. Här ska också redovisas vilken teoretiskt ramverk som använts och slutligen signifikansen och behovet av studien (Polit, Beck & Hungler 2001).

Metod

Metoden ska beskriva hur författarna har gått till väga för att besvara forskningsfrågorna. Här redovisas forskningens design, urval ur populationen, hur datainsamlingen har utförts samt dataanalysen. Här har kvalitativ metod efterlysts för föreliggande litteraturstudie (a a).

Resultat

I resultatet ska forskningsresultatet redovisas. I kvalitativa studier organiserar forskaren resultaten i teman från datainsamlingen. Kvantitativa studier redovisar resultaten i form av tabeller och figurer som belyser det viktigaste resultaten (a a).

Diskussion

I diskussionen drar författaren olika slutsatser om resultatet. Man diskuterar vad resultatet innebär och hur det kan användas i praktiken. Här ska även problem med datainsamlingen, bias, eventuella svagheter och begränsningar i arbetet tas upp (a a).

Referenser

I referenslistan ska det redovisas vilka böcker, rapporter och vetenskapliga artiklar som forskaren har använt i studien (a a).

RESULTAT

Resultatet redovisas i olika teman som besvarar frågeställningarna.

Ångstrelaterade situationer

Vid hjärtinfarkt utsetts patienten för många nya erfarenheter och upplevelser som skapar ångest. Artiklarna visar att ångest är ett primärt problem efter en hjärtinfarkt.

Brist på information

Higgins m fl (2001) redogjorde i sin artikel att de 11 deltagarna på kardiolog- och intensivvårdsavdelningen som intervjuades i studien tyckte att information var en viktig faktor för att reducera ångest. Författarna betonar att deltagarna tyckte att läkaren var en viktig källa till kunskap och tröst. Den kunskapsförmedling som sjuksköterskan utövade var utdelning av broschyrer, vilka patienten fick läsa själv. Vissa uppskattade att läsa dessa, medan andra blev rädda. Deltagarna kände att de inte fick det stöd som de behövde av sjuksköterskan. En del av deltagarna kände sig isolerade och hade ångest på grund av brist av konsultation från sjuksköterskan. Om sjuksköterskan inte är synbar och tillgänglig vid utbildningen av patienten leder det till att patientens ångestnivå stiger. Nämnas bör att i studien träffades

patienten och sjuksköterskan bara en kort tid och då var tiden upptagen av förberedelser inför undersökningen (PTCA) (Higgins 2001).

Vidare redovisar Higgins m fl (2001) att den allra viktigaste källan till information var den som kom direkt från en patient som själv genomgått undersökningen. Denna kontakt gjorde att patienten kände sig lugnare och det bidrog till att ångesten minskade.

Fitzsimons m fl (2000) fann i sin studie att många av de 70 intervjuade deltagarna kände att de inte fick tillräckligt med information när operationen (CABG) skulle genomföras. Osäkerheten beträffande hur länge de behövde vänta var mycket svår för deltagarna och deras anhöriga, vilket skapade ångest. Många upplevde att deras liv stod stilla och att de inte kunde planera för framtiden.

Perkutan transluminal coronar angioplastik (PTCA)

Higgins m fl (2001) redovisade i sin studie med 11 intervjuade deltagare från en kardiolog- och intensivvårdsavdelning, att ångest var ett centralt tema för de patienter som förbereds inför PTCA. Ångesten var identifierad i relation till rädslan för det okända. De fokuserade på den livshotande risk som finns när det gäller ett livsviktigt och vitalt organ. Vidare skriver författarna att även de patienter som tidigare genomgått PTCA eller blivit bypass opererade hade en viss grad av ångest.

Stödet patienten fick från sin partner och familj identifierades som en viktig faktor genom hela PTCA processen. Det var betydelsefullt för patienten att känna att det fanns någon viktig och nära person i närheten. Detta skapade ett lugn hos patienten och därmed minskade ångesten (a a).

Coronary artery by-pass grafting (CABG)

Koivula m fl (2001) kom i sin studie fram till att av 202 deltagare som besvarade frågeformuläret hade cirka 50 procent låg ångest under väntetiden innan operationen, medan cirka 45 procent hade en ångestnivå som bedömdes medium och 5 procent hade hög ångest (enligt STAI). Studien visade att följande faktorer kan ha betydelse för hög ångest under väntetiden för CABG:

- ?? Kvinnligt kön
- ?? Sjukskrivning
- ?? Ingen yrkesmässig utbildning
- ?? Depression
- ?? Kort väntetid till CABG
- ?? Ångesttendens vid stressfulla situationer (a a)

Patienter som har låg eller ingen smärta hade oftare högre ångest än patienter som hade måttlig eller hög smärta. De patienter som var yngre än 55 år hade högre ångest än patienter som var 65 år eller äldre (a a).

Enligt Fitzsimons m fl (2000) var ångest den dominanta känslan hos de 70 intervjuade patienterna som väntade på CABG. Källan till ångest var hjärtproblem och den förestående operationen. Vidare fann författarna att källan till ångest förändrades över tid. Vid första intervjun som skedde två till fyra veckor från det patienten blev uppsatt på väntelistan, oroade sig patienten för allvaret av diagnosen eller om de skulle överleva väntetiden. Vid den tredje intervjun som skedde efter ett år, oroade sig patienten för själva operationen. Vidare menar forskarna att ångest var

det centrala fenomenet som skapades från olika faktorer som osäkerhet, bröstsmärta, maktlöshet, otillfredsställelse med behandlingen, ilska/frustration, fysisk oförmåga, reducerad självkänsla och förändrade familje- och sociala förhållanden. Dessa faktorer gjorde att patienterna kom in i en ond cirkel, som de själva inte kunde bryta eller påverka (Fitzsimons m fl 2000).

Förflyttning

Odell (2000) kom fram i sin studie att fem av sex patienter som intervjuades uttryckte ambivalenta känslor efter förflyttningen från intensivvårdsavdelningen till en vanlig vårdavdelning. Innan förflyttningen var deltagarna fullt klara, men efter förflyttningen kom några inte ihåg att de samtyckt till studien eller att de blivit förflyttade. Under intervjun uttalade patienten att det inte fanns några problem, utan att allt gått bra. Det visade sig i slutet av intervjun att patienterna hade motstridiga känslor som hjälplöshet, rädsla, depression och stress. Patienterna uttalade en sak men upplevde en annan. Patienternas tankar och känslor om förflyttningen bidrog till en skadlig nivå av stress (Odell 2000).

Ångestöverföring

Frederickson (1989) studie med 23 deltagare visar att överföring av ångest från anhöriga till patienten är signifikant. Vidare uppvisar resultatet att familjemedlemmarnas ångest minskar efter samtal med sjuksköterskan, vilket resulterade i mindre ångestöverföring till patienten.

Sjuksköterskans omvårdnad

Sjuksköterskan har en viktig och central roll för att lindra ångesten hos hjärtinfarktspatienten.

Stöd

Enligt Hunt (1999) var sjuksköterskans stöd och närhet viktig för de 12 intervjuade patienterna som deltog i studien på hjärtintensivavdelningen. Patienten kände sig lugn och säker då sjuksköterskan regelbundet var närvarande. Även vid de situationer när patienten inte var i behov av omvårdnad, var närheten viktig. Det var betydelsefullt för patienterna att både ha en verbal och en icke verbal kommunikation med sjuksköterskan. Den icke verbala kommunikationen innebar att sjuksköterskan skulle finnas vid patientens sida, förstå hans/hennes behov och känslor. Patienterna poängterade att sjuksköterskan skulle vara både psykiskt och fysiskt närvarande vid omvårdnaden.

Information

Hunt (1999) kom fram till i sin studie att oväntade händelser resulterade i hög ångest och rädsla om det rädde brist på information från sjuksköterskan. En patient i studien beskrev en situation som var ångestskapande. Sjuksköterskan informerade honom att hans kateter skulle tas bort, men inte hur det gick till. Omvårdnadsåtgärden blev försenad ett par timmar. Patienten låg i sin säng och funderade på om det skulle göra ont, hur det gick till och när det skulle ske. Detta skapade ångest för patienten.

Fitzsimons m fl (2000) redogör i sin studie att de 70 intervjuade patienterna som väntade på bypass operation inte fick tillräckligt med information om hur och när operationen skulle ske. Osäkerheten angående hur länge de skulle få vänta, var mycket svår för patienterna. Många upplevde att deras liv stod still, vilket ledde till att de inte kunde planera för framtiden. Efter studien har författarna utarbetat

ett förslag på en modell som uteslutande handlar om upplevelser av att vänta på CABG. Modellen är inte kliniskt använd, utan är ett förslag från författarna utifrån sina studieresultat (Fitzsimons m fl 2000).



Figur 1. Modell av Fitzsimons m fl; om patienternas upplevelser under väntetiden inför CABG (översatt till svenska av författarna).

Författarna menar att ångest, smärta och osäkerhet är betydande faktorer under väntetiden. Smärtan reducerar patientens fysiska kapacitet, möjligheten till att arbeta, utföra hushållsarbete och förmågan till egenvård. Resultatet av detta blir att patienten isolerar sig, vilket sänker deras självkänsla. Vid en smärtattack blir patienten påmind om allvaret av sitt tillstånd som leder till otillfredsställelse och ilska/frustration. Osäkerheten beträffande när operationen skulle ske, och hur sjukdomen skulle utveckla sig under väntetiden, utlöste känslor som ångest, maktlöshet, otillfredsställelse och ilska/frustration. Enligt författarna ska sjuksköterskan se ångest som ett centralt fenomen som påverkar patientens hela livssituation. Modellen kan underlätta för sjuksköterskan att på ett tidigt stadium förstå patientens reaktioner på sjukdomen. Författarna understryker vikten av informationsförmedling till patienten för att lindra deras ångest (Fitzsimons m fl 2001).

Frederickson (1989) rapporterade i sin studie att familjemedlemmarnas ångest överförs till patienten. Familjemedlemmarnas ångestnivå blev lägre efter samtal med sjuksköterskan än med samtal med patienten. Detta leder till att patienten blir mindre ångestfylld om anhöriga är väl informerade om situationen.

Avslappning

Day (2000) kom fram till i sin litteratursammanställning som bygger på 24 artiklar, att avslappning är en användbar intervention för att effektivt reducera ångest och smärta. Författaren beskriver att avslappning kan bestå av; andningsövningar, repetition av återkommande fraser (mantra) och muskelavslappning. När sjuksköterskan undervisade i avslappning blev patienterna positivt inställda till att lära sig och själv utöva avslappning. Avslappning kan erbjuda stora vinster för patienten med bröstsmärta, beroende på sambandet mellan muskelspänning, smärta och ångest. Patienten får bättre sömn, sjuksköterska/patientrelationen förbättras, användandet av ångestdämpande mediciner minskar, smärtröskeln höjdes och rädslan minskade.

Lewin m fl (2002) presenterade i sin artikel med 243 deltagare som anlände till hjärtavdelningen, att råd- och avslappningsband reducerade ett antal missuppfattningar som patienten hade om hjärtat. Däremot uppvisades ingen reduktion av ångest i någon av de två mätningarna som gjordes. Resultatet i studien visade en jämförelse mellan råd/avslappningsband och musikband, det fanns däremot ingen kontrollgrupp som inte fick någon intervention.

Musik

White (1992) redogjorde i sin studie som bestod av 40 deltagare med konstaterad hjärtinfarkt, att användning av avslappningsmusik kan hjälpa att reducera hjärtfrekvensen, andningsfrekvensen och ångestnivån hos patienter med hjärtinfarkt. Experimentgruppen visade signifikant reduktion i alla dessa tre identifierade variabler. Hos kontrollgruppen, som fick en tyst vilostund, fanns en signifikant reduktion av ångestnivån, medan hjärtfrekvens och andningsfrekvens inte visade någon statistisk signifikans. Den statistiska signifikansen vid ångest är större hos experimentgruppen än hos kontrollgruppen. Dessa resultat stödjer att avslappningsmusik är mer effektiv för att reducera ångest än en tyst viloperiod.

ARTIKELGRANSKNING

De nio artiklarna är granskade utifrån Polit, Beck och Hungler (2001) riktlinjer för hur en vetenskaplig artikel ska vara uppbyggd.

Day W (2000) Relaxation: A nursing therapy to help relieve cardiac chest pain.

Syfte: Denna artikel diskuterar avslappning, som ett tillägg till medicinsk behandling. Den diskuterar även vinsterna av avslappningsterapi och specifik avslappningsstrategi vid hanteringen av bröstsmärta.

Metod: Det finns ingen metodredovisning, litteratursammanställningen bygger på analys av 24 artiklar.

Resultat: Vid akut bröstsmärta infinner sig ofta någon grad av rädsla, ångest och depression. Avslappning är en omvårdnadsåtgärd, vilket framkom i artikeln, som kan minska rädsla och ångest. Avslappning kan erbjuda stora vinster för patienten med bröstsmärta, beroende på sambandet mellan muskelspänning, smärta och ångest. Patienten får bättre sömn, sjuksköterska/patient relationen förbättras, användandet av ångestdämpande mediciner minskar, höjd smärtröskel och minskad rädsla. Författaren kom fram till i litteratursammanställningen att utbildning i avslappning gav patienterna verktyg för att reducera smärta och kontroll för att hantera situationen.

Kommentar: Artikeln är inte vetenskapligt uppbyggd enligt Polit, Beck och Hungler (2001). Det är en litteratursammanställning om avslappning, som är relevant för denna litteraturstudie.

Fitzsimons D, Parahoo K, Stringer M (2000) Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis

Syfte: Syftet med studien var att undersöka patientens upplevelse/erfarenhet av att vänta på en by pass operation.

Metod: Studiepopulationen var 329 stycken som var uppsatta på väntelistan till by pass operation under en sex månaders period. Utav dessa exkluderades 89 patienter beroende på akut operation eller privat vård. Av de 240 som återstod valdes 70 slumpmässigt ut för att delta i denna prospektiva studie. En veckolista av alla lämpliga patienter gjordes, alla tilldelades ett nummer, tre patienter valdes ut från listan varje vecka. Resultatet blev 59 män och 11 kvinnor, med en medelålder på 59 år.

Datainsamlingen skedde under tre intervaller; två till fyra veckor efter remittering till operation (n=70), efter sex månader (n=49) och efter tolv månader (n=28). Orsaken till bortfallen av patienter under datainsamlingen var dödsfall (n=4) och vägran att delta (n=2). Intervjuerna spelades in hemma hos deltagarna. Överföringen av intervjuerna skedde inom tre dagar. Utskriften lästes av forskarna för att bekräfta korrektheten medan intervjuerna var aktuella. Intervjuerna kodades och identifierades i teman. För att utveckla en noggrann analysprocedur valdes 22 intervjuer slumpmässigt ut av en kollega. Resultatet av denna process var att jämföra resultatet med forskarnas, för att finna överensstämmelser och skillnader i studien.

Resultat: Forskarna identifierade 21 teman som slutligen reducerades till 9. Dessa var:

- ?? Osäkerhet
- ?? Bröstmärta
- ?? Ångest
- ?? Maktlöshet
- ?? Otillfredsställd med behandlingen
- ?? Ilska/frustration
- ?? Fysisk oförmåga
- ?? Reducerad självbestämmande
- ?? Förändrade familj- och sociala förhållanden

Ångest, osäkerhet och bröstmärta var de dominant faktorerna, dessa låg till grund för de andra temana.

Många av patienterna i studien upplevde att de inte fick tillräckligt med information när operationen skulle ske. Många upplevde att livet bestod av en lång väntan, de kunde inte planera sin framtid.

Vid bröstmärta infann sig rädsla och oro för en ny hjärtinfarkt. Patienterna tänkte "Is this going to be the big one". Dessa tankar och upplevelser skapade ångest. Hjärtproblemen och den förestående operationen var den primära källan till ångest. Orsaken till ångesten förändrades över tid. I första intervjun uttryckte patienten oro för diagnosen och för att inte överleva tiden på väntelistan. Vid intervjun efter ett år kände patienten oro och ångest inför själva operationen.

Kommentar: Studien är kvalitativ, den är ett utdrag från en större studie som är både kvalitativ och kvantitativ. Ångestupplevelsen över tid, för patienter på väntelistan till CBAG, är en viktig kunskap för sjuksköterskan, därför tillför denna studie betydelsefull lärdom till rådande litteraturstudie.

Frederickson K (1989) Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction

Syfte: Syftet med studien var att undersöka och dokumentera ångestöverföring genom mellanmänsklig interaktion på en hjärtintensivavdelning och undersöka fenomenet ångestöverföring mellan familjemedlemmar och icke familjemedlemmar (exempel sjuksköterskor) under en period av hög stress.

Metod: Deltagarna bestod av 23 patienter som haft sin första hjärtinfarkt och deras anhöriga. Familjemedlemmarna bestod av män, fruar, söner, döttrar, systrar, bröder och svärdöttrar. Patienternas medelålder var 63 år och de anhörigas var 50 år. I studien ingick sex sjuksköterskor. Datainsamlingen skedde under tolv månader. Deltagarna indelades i tre grupper patienter, familjemedlemmar och sjuksköterskor. Patientkriterierna för att delta i studien var diagnosen hjärtinfarkt, besök av nära anhörig, befinna sig på avdelningen under 72 timmar, verbalt kommunicerbara och kunna ta emot information. Sjuksköterskorna skulle vara registrerade och involverade i patientens omvårdnad.

Forskarassistenter spelade in interaktionen mellan sjuksköterskan och patientens anhöriga i ett avskilt rum och mellan patienten och familjemedlemmarna vid patientens säng. Banden spelades genom the Psychological Stress Evaluator (PSE) som redovisade resultaten i diagram.

Resultat: I analysen användes Pearsons korrelation. Överföringen av sjuksköterskans ångestnivå till familjemedlemmarna var inte signifikant. Ångestöverföringen från familjemedlemmarna till patienten var signifikant. Resultatet visade att familjemedlemmarnas ångestnivå blev lägre efter att de talat med sjuksköterskan istället för med patienten.

Kommentar: Studien är kvantitativ och det centrala fenomenet är ångest. Denna studie tillför relevant kunskap för litteraturstudien. Frågan är om forskarens analysmetod är tillförlitlig? Resultatet styrks genom att det överensstämmer med annan litteratur i ämnet.

Higgins M, V Dunn S, Theobald K (2001) Preparing for coronary angioplasty: the patients' experiences

Syfte: Från början var syftet med studien att beskriva deltagarnas återhämtning efter angioplastik. Syftet ändrades till att beskriva fyra faser som reflekterar deltagarnas uppfattning om PTCA över tid; före inläggningen, vid inläggningen, under proceduren och den sista fasen beskriver tiden under tillfrisknandet. Fasen för inläggningen inför PTCA rapporteras i denna artikel.

Metod: Designen på studien är grounded theory. Det valdes ut 11 deltagare på kardiolog- och intensivvårdsavdelningen på ett privat sjukhus. Personer från alla kulturer som kunde kommunicera i förståelig engelska, var över 18 år och planerades att genomgå en PTCA var lämpliga att ingå i studien. Intervjuerna skedde en månad efter PTCA, som genomfördes hemma hos deltagarna. En semi-strukturerad intervjuteknik användes, vilket skulle ge deltagarna möjlighet att fritt delge sina erfarenheter. Intervjuerna skrevs ner ordagrant. Datamaterialet blev granskat av forskarnas kolleger för att undvika bias. Vid analyseringen användes grounded theory dataanalysteknik. Först identifierades återkommande teman och sedan ko-

dades och kategoriserades dessa. Bröstmärta och ångest är exempel på två av kategorierna.

Resultat: I studien kom forskarna fram till att ångest var ett centralt tema för de patienter som förbereds inför PTCA. Ångest identifieras i relation till rädslan för det okända. Forskarna kom även fram till att de patienter som tidigare genomgått PTCA eller by pass operation hade ökad grad av ångest. Tre av deltagarna upplevde lite ångest inför undersökningen. De kände en befrielse för att bröstsmärtan skulle åtgärdas. Kunskapsförmedlingen upplevdes olika av deltagarna. En del av patienterna uttryckte att de fick för mycket information, medan andra upplevde att de fick för lite. Stödet från familjen var en viktig coping mekanism för patienten under hela undersökningen.

Kommentar: Studien är utförd i Australien, långt ifrån Sverige och svensk kultur. Upplevelsen av det okända framkallar ångest oberoende var man bor. Därför är denna studie relevant att ingå i föreliggande litteraturstudie. Intervjuerna genomfördes fyra veckor efter undersökningen, vilket kan innebära att patienternas upplevelser har förändrats. Detta innebär att trovärdigheten för studien minskar.

Hunt J M (1999) The cardiac surgical patients' expectations and experiences of nursing care in the intensive care unit

Syftet: Denna kvalitativa studie undersöker hjärtopererade patienters förväntningar och upplevelser av omvårdnaden på en intensivvårdsavdelning både före och efter operationen.

Metod: Deltagarantalet var 12 patienter som skulle genomgå en planerad bypass operation. Patienterna skulle vara villiga att dela med sig av sina förväntningar och upplevelser av omvårdnaden på hjärtintensiven. Alla deltagarna var över 18 år och talade engelska. Forskarna använde en semi-strukturerade intervjuteknik, som utfördes i ett tyst rum på sjukhuset. Frågor som "Berätta för mig vilka är dina förväntningar av omvårdnaden på intensiven" och "Berätta om dina erfarenheter om omvårdnaden medan du var patient på intensiven" ställdes till patienten. Intervjuerna spelades in på band och överfördes ordagrant. Efter överföringen genomfördes en kontroll, för att kontrollera att allt var med. Data från första och andra intervjun analyserades var för sig.

Resultat: Två stora teman identifierades från intervjuerna innan inläggningen på intensiven, vaksamhet och personlig omvårdnad. Vaksamhet innebar att sjuksköterskan skulle vara observant och kunna se förändringar som smärta och ångest. Det innebar också att patienten ville känna närhet, även vid de tillfällen som de inte var i behov av det. Sjuksköterskan förväntades vara professionell, ha kunskap och erfarenheter. Personlig omvårdnad innebar att patienten kunde tala med sjuksköterskan både verbalt och icke verbalt. Patienter ville att sjuksköterskan skulle vara närvarande och äkta vid omvårdnaden.

Tre stora teman identifierades från intervjuerna efter vistelsen på hjärtintensivavdelningen, vaksamhet, personlig omvårdnad och oväntade händelser. Patienternas erfarenheter från vårdtiden överensstämde med deras förväntningar. Sjuksköterskan ständiga uppmuntran och regelbundna observationer lugnade patienten. Patienter och sjuksköterskan utvecklade en nära relation, vilket var extremt viktigt för patienten. En positiv erfarenhet för patienten var att sjuksköterskan engagerade sig mer än vad patienten hade förväntat sig. Något som skapade ångest och oro

var oväntade händelser. Detta kunde röra sig om fördröjningar vid inskrivningar/utskrivningar eller omvårdnadsåtgärder.

Kommentar: Studien är kvalitativ, undersöker patienternas förväntningar och upplevelser av tiden på hjärtintensiven. I artikeln redovisas att oväntade händelser skapar ångest för patienten, därför tillför den viktig kunskap till denna litteraturstudie

Koivula M, Ilmonen- Paunonen M, Tarkka M-T, Tarkka M, Laippala P (2001) Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting

Syfte: Syftet med studien var att identifiera förekomsten av rädsla och ångest hos patienter som väntar på bypass operation och faktorer som associeras med hög rädsla och hög ångest.

Metod: Ett frågeformulär skickades till patienter som väntade på CABG. Frågeformuläret var pilottestat före studien på 16 patienter som väntade på CABG. Studien utfördes på Tammerfors Universitetssjukhus i Finland. Datainsamlingen skedde mellan januari till oktober 1998. Kriterierna för att delta var följande: planerad CBAG, förmåga att läsa, skriva och tala finska, förmåga att förstå instruktionerna och självständigt besvara frågeformuläret. Patienter som uteslöts från studien var: patienter som var i behov av akut operation, de som behövde återopereras och de som behövde klaffopereras samtidigt som CBAG. Väntetiden för CBAG var två månader under studiens gång. Medelväntetiden var från tio dagar till fyra månader och femton dagar. Forskarna fick kontakt med patienterna antingen på sjukhuset eller per telefon. Frågeformuläret skickades till patienterna efter att de varit uppsatta på väntelistan i en vecka, svaret skulle återsändas inom två veckor.

270 patienter erbjöds att delta i undersökningen. Av dessa samtyckte 207 till att ingå i studien (88 procent). Forskarna mätte ångesten med State-Trait Anxiety Inventory (STAI) och rädslan med The Bypass Grafting Fear Scale (BGFS).

Resultat: Cirka hälften av patienterna visade låg rädsla och låg ångest. Cirka 45 procent visade medelhög ångest, medan tjugofem procent visade medelhög rädsla. Hög rädsla var mer vanligt än hög ångest. 5 procent (n=202) rapporterade att de hade hög ångest medan 25 procent (n=199) rapporterade att de hade hög rädsla. Studien visade att följande faktorer hade betydelse för högre rädsla och ångest under väntetiden för CBAG:

- ?? Kvinnligt kön
- ?? Sjukskrivning
- ?? Ingen yrkesmässig utbildning
- ?? Depression
- ?? Kort väntetid
- ?? Ångesttendens vid stressfulla situationer

Patienter som hade låg eller ingen smärta hade oftare högre ångest än patienter som hade måttlig eller hög smärta. De patienter som var yngre än 55 år hade högre ångest än patienter som var 65 år eller äldre.

Kommentar: Studien är utförd i Finland, vilket möjliggör applicering av resultatet i Sverige. Undersökningen är kvantitativ, men belyser ångest och rädsla inför by-

pass operation på ett tydligt sätt. Forskarna kom även fram till bidragande faktorer som hade betydelse för högre ångest och rädsla inför bypass operation, detta gjorde att artikeln blev relevant för föreliggande litteraturstudie. Artikeln har ett stort framtida värde för sjuksköterskor, den ger kunskap att tidigt kunna identifiera rädsla och ångest hos patienter.

Lewin R.J.P, Thompson D.R, Elton R.A (2001) Trial of the effects of an advice and relaxation tape given within the first 24 h of admission to hospital with acute myocardial infarction

Syfte: Syftet var att undersöka effekten av att ge patienter med akut hjärtinfarkt, information och avslappningsband inom 24 timmar från ankomsten till sjukhuset.

Metod: En prospektiv, två-grupps design användes. Deltagarna randomiserades i två grupper, en grupp fick information och avslappningsband och den andra gruppen fick musikband som de själva valt ut. Urvalet omfattade de patienter som efter varandra anlände till hjärtavdelningen på två allmänna sjukhus med konstaterad hjärtinfarkt. Patienterna exkluderades om de inte förstod engelska, var döva eller var oförmögna att fylla i frågeformuläret av någon anledning. De som screenades för att delta var 443 patienter som anlände efter varandra till avdelningarna. Av dessa kvalificerades 294 patienter, medan 149 exkluderades beroende på att de bedömdes vara för sjuka eller på annat vis oförmögna att delta av läkare. Vid utarbetandet av bandet intervjuades 20 patienter om missuppfattningar, oro och råd om hälsan efter hjärtinfarkten. Patienterna uttryckte oro för familjernas ångest och copingförmågor, därför utvecklades även ett informationsband för de anhöriga. Informationen på banden var 30 minuter långa och presenterades genom en dialog mellan patient och läkare, anhörigas band bestod av en dialog mellan anhörig och läkare.

Informationen var utarbetad för att motverka negativa missuppfattningar om hjärtat. Musikbanden för den andra gruppen valdes ut av patienten själv. Av de 294 kvalificerade patienterna avböjde 51 stycken (17 procent) att delta. 129 stycken randomiserades till musikgruppen och 114 stycken randomiserades till information/avslappningsgruppen. Mätningarna gjordes två gånger, den första efter tre dagar och den andra efter sex månader. Efter sex månader ringdes patienten upp och påmindes om uppföljningsformuläret. Återsände inte patienten frågeformuläret inom två veckor skickades en påminnelse. Variabler som mättes var ångest, missuppfattningar om hjärtat, livsstilsförändringar, deltagande i hjärtrehabiliteringsprogram och livskvalitet. Mätinstrumentet för ångest forskarna använde var, the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale, vilket använts vida inom denna population.

Resultat: Den enda variabeln som var signifikant vid båda mätningarna var missuppfattningar av hjärtat. Variabeln ångest var inte signifikant.

Kommentar: Studien är kvantitativ. Den är intressant för föreliggande studie, eftersom den tar upp skillnaderna mellan musikband och information/avslappningsband. Eftersom att forskarna inte använde sig av en kontrollgrupp som inte fick någon intervention kan resultatet vara missvisande.

Odell M (2000) The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward

Syfte: Syftet med studien var att undersöka hur patienten känner sig vid en förflyttning från intensivvårdsavdelningen till vårdavdelningen efter en allvarlig akut sjukdom.

Metod: I studien har en kvalitativ, fenomenologisk metod använts. Sex patienter intervjuades under 20 minuter, med en semi-strukturerad intervjuteknik. Kriterierna för att inkluderas i studien var att patienten var över 18 år, skrivkunnig, behärskade engelska språket och varit inlagd på intensivvårdsavdelningen i minst fyra dagar. Fyra kvinnor och två män mellan 30 och 70 år deltog och hade en planerad förflyttning på grund av ett förbättrat sjukdomstillstånd. Cirka fyra dagar efter förflyttningen till vårdavdelningen, intervjuades patienten i ett privat rum. Hela intervjun spelades in på ett band. Intervjuerna överfördes, bearbetades och kategoriserades i olika fenomen. Analysmetoden som använts har utarbetats av Burnard's (1991), som är en 14-steps process.

Resultat: De sex patienternas tankar och känslor om förflyttningen bidrog till en skadlig nivå av stress hos patienten. Efter förflyttningen uttryckte fem av sex patienter ambivalenta känslor. Patienterna var fullt klara och medvetna om situationen före förflyttningen, efteråt hade patienterna minnesluckor och kände en likgiltighet. Under intervjun uttryckte patienterna känslor som hjälplöshet, rädsla, depression och stress, men uttryckte ändå i slutet av intervjun att förflyttningen gått bra. Minnesluckorna och känslorna av likgiltighet om förflyttningen maskerade de känslor som patienten uttryckte i intervjun.

Kommentar: Generalisering av resultatet försvåras på grund av det låga deltagarantalet, studien består endast av sex individer. Enligt Hartman (1998) undersöker kvalitativa undersökningar betydligt färre individer. Syftet med detta är att gå på djupet i människornas föreställningsvärld på ett sätt som inte skulle vara möjligt om deltagarantalet är allt för många. En urvalsprincip i en kvalitativ studie är att välja en homogen grupp. Patienterna i denna studie är en homogen grupp, alla har varit inlagda på intensivvårdsavdelningen i minst fyra dagar. Genom att undersöka en liten homogengrupp personer på djupet, kan vi få en förståelse för dem och deras uppfattning (Hartman 1998).

Studien är inte utförd på patienter med diagnosen akut hjärtinfarkt. Patienterna är inlagda på en vanlig intensivvårdsavdelning, med olika allvarliga diagnoser. Trots detta togs artikeln med i litteraturstudien, för den belyste patientens skadliga ångest och stress efter en förflyttning.

White M J (1992) Music Therapy: An Intervention to Reduce Anxiety in the Myocardial Infarction Patient

Syfte: Syftet med studien var att undersöka effekten av avslappningsmusik, för att minska ångesten hos en patient med en bekräftad medicinsk diagnos av akut hjärtinfarkt.

Metod: Studien utfördes på ett privat och ett offentligt sjukhus. Två grupper, experiment- och kontrollgrupp, med 20 deltagare i varje uppfördes. Hjärtfrekvensen, andningsfrekvensen och ångesten mättes innan och efter avslappningsmusiken och vilostunden. Experimentgruppen lyssnade 25 minuter på musik medan kon-

trollgruppen fick en vilostund. Deltagarkriterierna var; diagnosen akut hjärtinfarkt och ångestpoäng på minst 40 mätt med The Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI). Testet gjordes inom 72 timmar från det att patienten anlände till sjukhuset. Det var 11 kvinnor och 29 män i åldern 37 till 87 år som deltog i studien.

Resultat: Resultatet i denna studie visade att användning av avslappande musik kan hjälpa att reducera hjärtfrekvensen, andningsfrekvensen och ångestnivån hos patienter med hjärtinfarkt. Experimentgruppen visade signifikant reduktion i alla de tre identifierade variabelerna. Det fanns även en signifikant reduktion av ångestnivån hos kontrollgruppen. Hjärtfrekvensen och andningsfrekvensen visade ingen statistisk signifikans till att minska. Den statistiska signifikansen vid ångest- och andningsfrekvensen är större hos experimentgruppen än kontrollgruppen. Dessa resultat stödjer att avslappande musik är mer effektiv för att reducera ångest än en tyst viloperiod.

Kommentar: Avsikten var att använda studier med kvalitativ ansats i föreliggande litteraturstudie. Denna artikel är kvantitativ, eftersom den tillför mycket kunskap om fenomenet ångest är den relevant att använda.

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i två delar; metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Enligt Polit m fl (2001) är syftet med en litteraturstudie att sammanställa kunskap (forskningsresultat) inom ett bestämt område. En litteraturstudie hjälper till att lägga en betydelsefull grund för omvårdnaden. Syftet med vår litteraturstudie var att undersöka fenomenet ångest i samband med hjärtinfarkt. Vi ville belysa i vilka situationer patienten med hjärtinfarkt kan känna ångest och vad sjuksköterskan kan göra för att lindra denna ångest.

Innan sökningen påbörjades tog vi reda på vilka MeSH-termer vi kunde använda genom SweMed+ (Karolinska Institutet) på Malmö Högskola, bibliotek och ITs databas för informationssökning. De MeSH-termer som vi fann var myocardial infarction, anxiety, nursing, fear och bypass. Vi började vår systematiska sökning med att använda myocardial infarction, vilket gav över 100 000 träffar. Efter det byggde vi på med anxiety och nursing, som resulterade i betydligt färre träffar. För att få svar på våra frågeställningar fick vi begränsa oss ytterligare med fler sökord. Detta tillvägagångssätt föll sig naturligt för oss, eftersom vi fick många träffar som berörde vårt ämne. Enligt Backman (1998) är den mest fruktbara sök- tekniken att börja använda fem eller sex söktermer för att sedan stegvis reducera antalet. Efter varje reduktion bör det kontrolleras hur många träffar det blev, så att sökningarna avslutas i tid. Att söka enligt Backmans metod kan vara ett alternativ för kommande artikelsökningar.

Avsikten var från början att besvara frågeställningarna med kvalitativa artiklar. Detta visades sig vara svårt, eftersom tillgången på kvalitativa artiklar var begränsat. Vi tror att det beror dels på att det finns för få sjuksköterskor som forskar inom omvårdnadsområdet, dels att disciplinen är relativt ny. För att få svar på

våra frågeställningar var vi därför tvungna att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

De 19 artiklar som sökningarna resulterade i, beställdes genom VEGA/Malmö Högskolas bibliotekskatalog. Detta visade sig vara ett utmärkt sätt att beställa vetenskapliga artiklar. Det var enkelt att beställa, de levererades snabbt och vi fick samtliga artiklar.

Manuell sökning gjordes genom artikelreferenser, vilket ledde till en användbar artikel. Denna artikel beställdes även genom VEGA/Malmö Högskolas bibliotekskatalog.

Vi valde att presentera Gustavssons SAUK-modell i vår litteraturstudie för att påängtera betydelsen av bekräftande interaktion mellan sjuksköterskan och den ångestfyllda patienten. En ångestfylld patient som får uppleva en icke bekräftande interaktion kommer att känna förnekande, nonchalans och ett minskat människovärde. Därför anser vi att denna modell är lämplig att arbeta efter, i omvårdnaden av patienten med hjärtinfarkt.

Vår begränsning i det engelska språket och svårigheter med att inte lägga in våra egna tolkningar, kan vara en brist i vår litteraturstudie. Ibland har det uppstått en del svårigheter med att få en korrekt översättning från engelska till svenska. Vi anser trots detta att trovärdigheten på vår litteraturstudie är hög, beroende på vår envishet och målmedvetenhet.

Resultatdiskussion

Resultatet i Higgins m fl (2001) visar att brist på information från sjuksköterskan leder till att patientens ångestnivå stiger. Enligt Fridlund (1998) ska sjuksköterskan skapa en relation med patienten som möjliggör en öppen kommunikation. I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) står det skrivet att god kontakt mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen ska främjas. Lagen säger att god kontakt mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen är en av många faktorer som leder till god omvårdnad. Det är viktigt att sjuksköterskan tar reda på vilken information patienten är i behov av och på vilket sätt informationen ska ges. Vill patienten ha någon information? Hur mycket information vill patienten ha? Kan patienten hantera informationen? Hur löser sjuksköterskan detta? Sjuksköterskan måste kunna anpassa sig till varje patient och dess anhöriga för att ge den information som de behöver. Almås (2002) beskriver att utvecklings- och kunskapsnivån tillhör de faktorer som inverkar på patientens mottaglighet för information. Befinner sig patienten i ett kristillstånd ska sjuksköterskan vara medveten om svårigheten att ta till sig information. Enligt Cullberg (1996) har individen svårt att i chockfasen ta emot information, beroende på att det råder en emotionell blockad.

En viktig åtgärd i samband med omvårdnad är att ge patienten enkel och tydlig information. Hunt (1999) skriver i sin studie att oväntade händelser och brist på information resulterade i hög ångest och rädsla hos patienten. Hunt (1999) beskriver en ångestskapande situation för en patient; sjuksköterskan informerade om en omvårdnadsåtgärd, men inte hur den gick till. Omvårdnadsåtgärden blev försenad, patienten låg i sin säng och funderade, detta skapade ångest. Detta är en situation som vi tror är vanligt förekommande. Orsaken kan vara att sjuksköterskan hela tiden blir avbruten i sitt arbete av olika anledningar.

Fitzsimons m fl (2000) redogjorde i sin studie att brist på information ledde till osäkerhet. Många patienter upplevde att deras liv stod stilla, vilket ledde till att de inte kunde planera för framtiden. Sjuksköterskan ska enligt författarna se ångest som ett centralt fenomen som påverkar patientens hela livssituation. Modellen som Fitzsimons m fl (2000) har utarbetat visar tydligt patientens upplevelse under väntetiden inför CABG. Vi instämmer med forskarna att modellen kan vara användbar för sjuksköterskan för att han/hon lättare ska kunna förstå patientens reaktioner som skapar ångest.

Higgins m fl (2001) skriver att den viktigaste källan till information var den som kom direkt från en patient som genomgått undersökningen (PTCA). De skriver att patienten kände sig lugnare och att det bidrog till att ångesten minskade. Information till patienten genom en medpatient tror vi ska användas med försiktighet. Medpatienten beskriver undersökningen efter sina egna upplevelser, denna beskrivning överensstämmer kanske inte med verkligheten, vilket kan leda till missvisande information till patienten.

Enligt Hunt (1999) var sjuksköterskans stöd och närhet viktig för patienten. Patienterna kände sig lugn och säkra då sjuksköterskan regelbundet var närvarande. Patienterna poängterade att sjuksköterskan skulle vara både psykiskt och fysiskt närvarande vid omvårdnaden. Vi antar att de flesta sjuksköterskor har denna ambition. Beroende på hur sjuksköterskans liv och situation ser ut, finns det kanske perioder när det kan vara svårt att leva upp till det. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993: 17) står det bland annat formulerat att omvårdnad innefattar att sjuksköterskan ska ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom och behandlingssituationer. Gustafsson (1997) skriver att en bekräftande interaktion har en central betydelse för patientens möjlighet att hantera sin livssituation. Patienter som upplever sig bekräftade har en ökad självkänsla och högre grad av anpassning.

Vid en PTCA skriver Higgins m fl (2001) att patienten ofta upplever ångest inför det okända, även patienter som tidigare genomgått PTCA eller bypass operation visade en viss grad av ångest. Enligt Almås (2002) upplever patienten mindre stress och obehag om de tillåts agera aktivt i en situation som berör de själva. Gustafsson (1997) hävdar att om patienten involveras i omvårdnaden och visas tilltro till sina resurser, förstärker de sina upplevelser av värde och värdefullhet i relation till sjuksköterskan. Det är av stor betydelse att sjuksköterskan inte bagatelliserar patientens ångest och oro inför undersökningen. Vi förmodar att det finns en viss risk att sjuksköterskan förringar patientens upplevelse, beroende på att det är sjuksköterskans vardag. Det är viktigt att sjuksköterskan har en tillåtande inställning till patientens ångest och oro, vilket leder till att patienten får sina känslor bekräftade. Gustafsson (1997) beskriver att när patienten känner sig bekräftad, slappnar han av, vilket har en god inverkan på hans allmäntillstånd och på hans självkänsla. Finns det en bekräftande interaktion med sjuksköterskan, bidrar det till att patientens sårbarhet minskar. Detta kan i sin tur leda till att patienten bättre klarar av att hantera sin ångest.

Koivula m fl (2001) kom i sin studie fram till att 50 procent av patienterna hade låg ångest, cirka 45 procent hade en ångestnivå som bedömdes medium och 5 procent hade hög ångest under väntetiden inför CABG. Det förvånade oss att bara 5 procent hade hög ångest medan 50 procent hade låg ångest. En anledning som vi

tror det kan bero på är att patientens livskvalitet har minskat i samband med sjukdomen, vilket gör att patienten ser fram emot operationen. Han/hon kan uppleva operationen som en befrielse. Billing (2000) skriver att under väntetiden bör patienten ha en nära kontakt med sjuksköterskan för att få stöd och information. Det är viktigt att inte glömma bort de anhöriga i detta sammanhang. Billing (2000) anser att under väntetiden borde sjuksköterskan hålla informationstillfällen och kunskapsutbildning. Detta anser vi är viktigt, patienten får kunskap om sin sjukdom, vilket kan resultera i att han/hon hanterar väntetiden bättre.

Koivula m fl (2001) identifierade faktorer som kan ha betydelse för hög ångest under väntetiden för CABG. Dessa var kvinnligt kön, sjukskrivning, ingen yrkesmässig utbildning, depression, kort väntetid till CABG och ångesttendens vid stressfulla situationer. Vi anser att det är av stor vikt för sjuksköterskan att ha denna kunskap i åtanke vid mötet av patienten med hjärtinfarkt. Genom den kunskapen kan sjuksköterskan tidigt identifiera och hjälpa patienten som ligger i riskzon för hög ångest.

Almå (2002) menar att förflyttning från intensivvårdsavdelning till en vanlig vårdavdelning sker beroende på patientens förbättrade tillstånd eller på grund av platsbrist på intensivvårdsavdelningen. För patienten betyder det en ny och okänd miljö, ny personal och mindre kontakt med personalen, vilket kan skapa ångest. Odell (2000) kom i sin studie fram till att fem av sex patienter uttryckte ambivalenta känslor efter förflyttningen. Patienten uttalade efter förflyttningen att det inte fanns några problem, utan att allt gått bra, men det visade sig att patienterna hade motstridiga känslor som hjälplöshet, rädsla, depression och stress. Dessa tankar och känslor om förflyttningen bidrog till en skadlig nivå av stress. Vi är övertygade om att det är viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på patientens verbala och icke-verbala kommunikation, för att inte förbise patientens känslor.

Jenkins och Rogers (1995) skriver i sin artikel att förflyttningen ska planeras noggrant av sjuksköterskan. Sjuksköterskan på intensivvårdsavdelningen bör förbereda patienten genom att noggrant förklara vad som händer och varför samt vara ett stöd, detta kan göra att ångesten minskar eller till och med elimineras. En viktig åtgärd som Odell (2000) tar upp för att minska ångesten är att några timmar före förflyttningen koppla bort patienten från övervakningsapparaterna, så att han/hon inser att de inte längre behövs. Denna lilla åtgärd menar vi kan ha en stor betydelse för att minska patientens ångestnivå. En annan insats som vi anser kan hjälpa patienten är att involvera anhöriga i förflyttningen. När anhöriga engageras minskar deras rädsla och ångest. Frederickson (1989) skriver att ångestöverföring från anhöriga till patienten minskar om anhöriga är delaktiga i patientens situation.

Day (2000) framhäver i sin litteratursammanställning att avslappning är en effektiv intervention för att effektivt reducera ångest och smärta. Forskaren beskriver att avslappning kan bestå av; andningsövningar, mantra och muskelavslappningar. Interventionerna gjorde att patienten fick bättre sömn, sjuksköterskan och patientrelation förbättrades, användandet av ångestdämpande mediciner minskade, smärtröskeln höjdes och rädslan minskade. Denna intervention tror vi kan ha stor betydelse för patientens tillfrisknande. Vår uppfattning är att avslappningsövningar är en billig och enkel metod, samtidigt som den ger minskat lidande för patienten. Almås (2002) förklarar att det är viktigt för patienten att sjuksköterskan planerar förhållandena i patientens omgivning, så att han/hon kan slappna av, vila

och sova. Ångest är en stressfaktor som påverkar det autonoma nervsystemet som ökar belastningen på hjärtat.

White (1992) redogjorde i sin studie att användning av musik kan hjälpa att reducera ångestnivån hos patienter med hjärtinfarkt. Musiken tror vi kan få patienten att slappna av och förflytta tankarna från det som skapar ångest. Vår åsikt är att det är viktigt att patienten själv får välja musik, annars kan effekten bli negativ. Musik är ytterligare en intervention som är billig och enkel och borde användas mer i vården

Slutord

Genom vår litteraturstudie har vi kommit till insikt om att det är många faktorer och situationer som utlöser ångest hos patienten med hjärtinfarkt. Vi har även insett att behovet av olika interventioner för att lindra ångesten är stor. Omvårdnadsforskning som berör detta ämne behöver uppmuntras för att utvecklingen ska gå framåt. Arbetsgivaren måste ta sitt ansvar genom att ge sjuksköterskorna möjlighet att bedriva omvårdnadsforskning. Vi har under vår litteraturstudie inte funnit någon svensk omvårdnadsforskning som berört ångestlindring vid hjärtinfarkt. Vad kan detta bero på?

REFERENSER

- Almås, H (2002) *Klinisk omvårdnad*. Del 1. Lund: Studentlitteratur.
- Asplund, K (red) (2002) *Internmedicin*. Lund: Liber.
- Backman, J (1998) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Billing, E (red) (2000) *Psykosociala perspektiv på kranskärlsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Cullberg, J (1996) *Kris och utveckling*. Finland: WSOY.
- Cullberg, J (2003) *Dynamisk*. Finland: WSOY.
- Day W (2000) Relaxation: A nursing therapy to help relieve cardiac chest pain. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 1, 40-44.
- Fitzsimons D, Parahoo K, Stringer M (2000) Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1243-1252.
- Frederickson, K (1989) Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. *Heart & Lung*, 18, 6, 617-622.
- Fridlund, B (red) (1998) *Kardiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, B (1997) *Bekräftande omvårdnad SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Hartman, J (1998) *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.
- Higgins M, Dunn V S, Theobald K (2001) Preparing for coronary angioplasty: the patients' experiences. *Australian critical care*, 14, 2, 64-70.
- Hunt M J (1999) The cardiac surgical patient's expectations and experiences of nursing care in the intensive care unit. *Australian critical care*, 12, 2, 47-52.
- Jenkins A D, Rogers H (1995) Transfer anxiety in patients with myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 4, 21, 1248-1252.
- Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka M-T, Tarkka M, Laippala (2001) Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung*, 30:302-11.
- Lewin J P R, Thompson R D, Elton A R (2002) Trial of the effects of an advice and relaxation tape given within the first 24 h of admission to hospital with acute myocardial infarction. *International journal of Cardiology*, 82, 107-114.
- Lökensgard, I (1997) *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Odell, M (2000) The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2) 322-329.

Perski, A (1999) *Det stressade hjärtat*. Stockholm: Bromberg.

Polit D F, Beck C T & Hungler B P (2001) *Essentials of Nursing Research. Methods, appraisal and utilization* (5: th ed) Philadelphia: J B Lippincott.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*.

Socialstyrelsen (2001) *Nationella riktlinjer för kranskärslsjukvård – version för hälso- och sjukvårdspersonal* ([www.sos.se/sök/publikationer/sök: nationella riktlinjer för kranskärslsjukvård>nationella riktlinjer för kranskärslsjukvård 2001 – version för hälso- och sjukvårdspersonal>fulltext, HTML](http://www.sos.se/sök/publikationer/sök:nationella_riktlinjer_för_kranskärslsjukvård/nationella_riktlinjer_för_kranskärslsjukvård_2001_-_version_för_hälso_och_sjukvårdspersonal/fulltext,HTML)) 2003-09-29.

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

White M J (1992) Music Therapy: An intervention to reduce anxiety in the myocardial infarction patient. *Clinical Nurse Specialist Vol.6, No. 2*. 58-63.

Databas	Sökord	Träffar	Beställda artiklar	Använda artiklar
PubMed	Myocardial Infarction[MeSH]	114 663	0	0
2003-09-25	and anxiety[MeSH]	713	0	0
	and nursing[MeSH]	69	8	2
2003-09-25	Anxiety[MeSH]			
	and fear[MeSH]	4	1	1
	and bypass			
Science Direct	Myocardial infarction[MeSH]	8 971	0	0
2003-09-25	and anxiety[MeSH]	79	3	1
Cinahl	Myocardial infarction[MeSH]	8 971	0	0
2003-11-11	and anxiety[MeSH]	713	0	0
	and nursing[MeSH]	534	0	0
	and intervention	274	2	1
2003-11-11	Myocardial infarction[MeSH]	8 971	0	0
	and anxiety[MeSH]	713	0	0
	and nursing[MeSH]	534	0	0
	and transfer	41	2	1
2003-12-04	Myocardial Infarction[MeSH]	8 971	0	0
	and anxiety[MeSH]	713	0	0
	and nursing[MeSH]	534	0	0
	and cardiac surgical	17	2	1
2003-12-05	Coronary angioplasty and patients experiences	8	1	1
Summa			19	8