

PATIENTERS FÖRKUNSKAP OM SYMTOM PÅ HJÄRTINFARKT
En kvantitativ enkätstudie

PATIENTS' KNOWLEDGE OF SYMPTOMS OF MYOCARDIAL
INFARCTIO.

A quantitative questionnaire study

Specialistsjuksköterskeprogrammet,
inriktning hjärtsjukvård, 60 hp.
Examensdatum: 2019-05-09
Självständigt arbete, Avancerad nivå, 15 hp.
Författare: Linnéa Backlund
Malin Manitski

Handledare: Richard Ahlsröd
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Patienter med icke ST-höjningsinfarkt [NSTEMI] och ST-höjningsinfarkt [STEMI] inkommer till sjukhuset för sent för att behandlingen ska kunna leda till bevarande av hjärtmuskeln funktion. Det råder bristfällig information till allmänheten men främst till personer med risk för att utveckla hjärtinfarkt, om vad de kan göra för att förkorta tiden från symtom till vårdkontakt. Primärpreventiv information är viktig och rekommendationen är att informera och bedöma personer primärpreventivt för att förbättra kunskapen. Dessa förkunskaper ger patienterna möjligheten att uppmärksamma symtom och snabbt ta informerade beslut i att söka vård, vilket minskar skadan på hjärtat efter en NSTEMI/STEMI.

Syftet var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI.

En kvantitativ ansats valdes för att svara på studiens syfte, designen är en icke-experimentell deskriptiv, retrospektiv tvärsnittsstudie. En enkätundersökning genomfördes på ett sjukhus i Mellansverige, totalt n= 32 deltagare. Enkäten innehåller till en början demografiska frågor för att sedan inrikta sig på ämnesspecifika frågor med hjälp av likertskalan, flervalfrågor och öppna fritextfrågor.

Resultatet visade att deltagarnas självskattade förkunskaper om symtom på hjärtinfarkt var bristfälliga, särskilt om atypiska symtom. Deltagarnas symtom vid NSTEMI/STEMI stämde inte överens med deras förväntade symtom, vilket utgjorde en osäkerhet om det verkligen var härledda till hjärtat. Detta ledde till att det tog lång tid från symtom till första vårdkontakt och deltagarna sökte vård på grund av ihållande symtom eller på anhörigas begäran. Fåtalet deltagare hade fått information om symtom eller blivit erbjuden en hälsoundersökning innan insjuknandet och den information de hade fått var från anhöriga eller sjukvården. Majoriteten av deltagarna upplevde inga kvarvarande komplikationer två till tre dagar efter den genomgångna NSTEMI/STEMIN.

Slutsatsen var bristande förkunskap om symtom vid NSTEMI/STEMI, speciellt atypiska symtom och vilka åtgärder som ska vidtas vid symtom. Majoriteten ansåg att symtomen inte stämde överens med den förväntade symtombilden och menade att de inte hade fått information kring hjärt-och kärlsjukdomar innan insjuknandet. Omvårdnadsprofessionen behöver arbeta för att tydliggöra informationen, därefter nå ut till samhället och primärpreventivt inom sjukvården.

Nyckelord: Förkunskaper; NSTEMI; Patientinformation; STEM; Symtom.

ABSTRACT

Patients with non ST elevation myocardial infarction [NSTEMI] and ST elevation myocardial infarction [STEMI] enter the hospital too late for the treatment to lead to preservation of heart muscle function. There is inadequate information to the public, but mainly to people at risk of developing myocardial infarction, about what they can do to shorten delay, from symptoms to care contact. Primary preventive information is important and the recommendation is to inform and assess people primarily preventively in order to improve knowledge. These prerequisites give patients the opportunity to pay attention to symptoms and quickly make informed decisions in seeking care, which reduces the damage to the heart after an NSTEMI/STEMI.

The aim was to investigate prior knowledge of symptoms of myocardial infarction in patients undergoing NSTEMI/STEMI.

A quantitative approach was chosen to answer the study's purpose, the design is a non-experimental descriptive, retrospective cross-sectional study. A survey was conducted at a hospital in central Sweden, a total of n = 32 participants. The questionnaire initially contains demographic questions to then focus on subject-specific issues with the help of the likert scale, multiple choice questions and open free text questions.

The results showed that the participants' self-rated knowledge of heart attack symptoms was deficient, especially in atypical symptoms. The participants' symptoms at NSTEMI/STEMI didn't match their expected symptoms, which constituted an uncertainty as to whether it really was derived from the heart. Therefore it took a long time from symptoms to first care contact and the participants sought care because of persistent symptoms or at the relatives' request. Few participants had received information about symptoms or had been offered a health survey before the onset of illness and the information they had received from relatives or health care. The majority of participants experienced no remaining complications two to three days after their NSTEMI/STEMIN.

The conclusion was that there is lack of knowledge of symptoms of NSTEMI/STEMI, especially atypical symptoms and what measures should be taken in the event of symptoms. The majority considered that the symptoms did not match the expected symptom picture and believed that they had not received information about cardiovascular disease before the onset of the disease. The nursing profession needs to work to clarify the information, then reach out to society and primarily preventive in the health care sector.

Keywords: Knowledge; NSTEMI; Patient education; STEMI; Symptoms.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patientinformation	1
Akut koronart syndrom	2
Patientens kunskap om symtom på hjärtinfarkt	4
Patientens fördröjning från symtom till första vårdkontakt	4
Primärprevention	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Ansats och Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
Kunskap om symtom på hjärtinfarkt	13
Komplikationer efter behandling av hjärtinfarkten	18
DISKUSSION	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	21
SLUTSATS	25
Klinisk tillämpbarhet	25
REFERENSER	26

BILAGA A- ENKÄTUNDERSÖKNING

BILAGA B- BREV TILL VERKSAMHETSCHEF

BILAGA C- FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

INLEDNING

Patienter med NSTEMI och STEMI inkommer ofta för sent till sjukhuset i och med bristfällig information om vilka symtom som är tecken till hjärtinfarkt. Därav kommer patienters förkunskap om symtom på hjärtinfarkt att undersökas vilket anses vara en faktor som bidrar till fördröjningen från symtom till första vårdkontakt. Sjuksköterskan har en viktig roll att utbilda om symtom och riskfaktorer primärpreventivt innan NSTEMI/STEMI inträffar. Detta genom att erbjuda allmänheten en hälsoundersökning med personcentrerad information om riskfaktorer vilket kan bidra till att förbättring av dessa. Men framförallt öka kunskapen om symtom på hjärtinfarkt vilket leder till att hjärtmuskelfunktionen kan bevaras om patienten söker vård i ett tidigare skede.

BAKGRUND

Patientinformation

Informatik är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser. Specialistsjuksköterskor har en viktig roll i att driva utvecklingen framåt som påverkar både vårdpersonalen och patienterna. Med hjälp av informations- och kommunikationsteknik [IKT] kommer patienternas delaktighet att förbättras och patienterna kommer kunna genomföra informerade val om sin vård. I begreppet IKT ingår digital teknik som främjar hälsa, patienter och närstående ska ha tillgång till kvalitetssäkrad information om hälsa och sjukvård. De ska även ha tillgång till information kring sin egen vård. För att detta ska fungera behöver det finnas nationella standardiseringar. Utvecklingen med att patienten söker kunskap om hälsotillstånd, vård, egenvård och behandlingar ökar hela tiden. Det gör att sjukvården måste ändra fokus från att ge omvårdnad när hälsoproblemet har uppstått till att arbeta för att förebygga ohälsa. Till följd av denna utveckling besitter patienterna goda kunskaper om sitt sjukdomstillstånd, vårdpersonalen blir mer som en mentor istället för expert i relationen (Sävenstedt & Florin, 2013).

Det ställer höga krav på vården att uppnå en god omvårdnadsinformatik, behovet av information är stort hos patienter, anhöriga men även vårdpersonal (Sävenstedt & Florin, 2013). Informationen ska finnas tillgänglig till rätt person, vid rätt tillfälle och i rätt form. Detta innebär att det måste finnas en flexibilitet i informationsflödet (Piepoli et al., 2016; Skärsäter & Klang, 2014; Sävenstedt & Florin, 2013), vilket bidrar till att patienter får högre kunskapsnivå och kan ta informerade beslut (Piepoli et al., 2016; Skärsäter & Klang, 2014). Deltagarna i Duber et al. (2018) menar att de hade fått viss information om riskfaktorer för att drabbas av akut koronart syndrom [AKS]. Däremot saknar de information om symtom samt hur de bör agera om de blir drabbade. Piepoli et al. (2016) rekommenderar att starta bedömning och informera om kardiovaskulära risker till personer som har passerat 50 år men gärna redan vid 40 års ålder.

Patienten ska vara väl informerad och vara delaktig i behandlingsplanen. Viktigt att använda ett språk som patienten förstår, upplysa om riskerna med ingreppet, percutan coronar intervention [PCI], samt även nyttan av det för framtiden då det kan leda till att förlänga livet. Även informera patienten om vad som kommer att ske i framtiden med livslång medicinering samt eventuella förändringar av livsstilsfaktorer.

Patienten har självbestämmanderätt och genom det har möjlighet att avsäga sig behandling med PCI eller coronary artery bypass grafting [CABG] mot läkares inrådan. I samband med detta bör ett skriftligt dokument utformas och signeras av patienten (Neumann et al., 2018). Deltagarna i Fors, Dudas & Ekman (2014) studie upplever det viktigt med god kommunikation i det akuta omhändertagandet vid NSTEMI och STEMI. Det är en situation som är förknippad med ångest och rädsla inför ett allvarligt tillstånd. Deltagarna är rädda för att tappa kontrollen och upplever sig vara beroende av vårdpersonalen för att överleva (Fors et al., 2014).

Personcentrerad vård

Fors, Taft, Ulin och Ekman (2016) beskriver att patienter som har fått information om och initierats i personcentrerad vård efter en hjärthändelse, har bättre symtomkontroll och anpassar sig snabbare till att leva med hjärt-kärlsjukdom än kontrollgruppen efter fyra veckor. Cajanding (2017) beskriver förbättringar i patienternas nöjdhet, symtomkontroll och funktionella status i gruppen som deltog i ett strukturerat utskrivningsprogram ledda av sjuksköterskor än i kontrollgruppen. Programmet skapade en förbättring i patientens kunskap genom informationen de fick från sjuksköterskorna och därmed en känsla av trygghet innan utskrivning vilket i sin tur ledde till färre oplanerade sjukhusbesök för deltagarna i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Pirhonen et al. (2019) menar att livskvaliteten ökar hos patienter under 65 år som fick personcentrerad vård samt att den är kostnadseffektiv i jämförelse med gruppen som fick standardiserad vård. Ekman et al. (2011) menar att vid personcentrerad vård sätter man personens åsikter om hans/hennes livssituation i centrum. Patientberättelsen ger en bild om hur han/hon upplever symtomen och sjukdomen samt hur det inverkar på vardagen. Fokuset vänds från att se symtom och sjukdom ur en medicinsk synvinkel till patientens lidande i vardagen. Detta är grunden till att skapa ett partnerskap mellan patienten och vårdgivaren, genom att lyssna in patientens berättelse ger man signaler att hans/hennes känslor, upplevelser och övertygelser är viktiga att ta med i beräkningarna (Ekman et al., 2011). Vid en jämförelse att introducera personcentrerad vård till en grupp och att ha en kontrollgrupp som fick traditionell vård sågs en klar förbättring i slutmålet hos den grupp som hade fått personcentrerad vård. Den personcentrerade vården visar sig ha långsiktiga fördelar vid mätning efter två år med bland annat minskad återinläggning och ökad livskvalitet relaterat till att patienten känner sig tryggare. Detta medför ett ökat beslutsfattande och deltagande av patienten vilket utgör ett förbättrat teamarbete sjukvården och patienten emellan (Fors, Swedberg, Ulin, Wolf & Ekman, 2017).

Akut koronart syndrom

Akur koronart syndrom (AKS) beskrivs som när den akuta ischemin med tillhörande syrebrist fortgår och leder till ett patologiskt tillstånd i form av celldöd i myokardiet (Thygesen et al., 2018). Instabil angina är däremot en ischemi utan pågående celldöd (Roffi et al., 2016). I den akuta fasen kan dessa förändringar ses vid koronarangiografi redan 10-15 minuter efter symtomens start. I begreppet AKS ingår instabil angina, NSTEMI och STEMI (Thygesen et al., 2018). Roffi et al. (2016) definierar STEMI som en total ocklusion i ett eller flera av hjärtats kranskärl vilket utgör ST-höjningarna på elektrokardiogram [EKG], med tillhörande akut bröstsmärta varaktigt minst 20 min. Vid NSTEMI infinner sig bröstsmärta med ST-sänkningar och T-negativisering på EKG, kan även ha ett helt normalt EKG. Instabil angina har lägre mortalitet än NSTEMI/STEMI relaterat till att det inte är någon pågående celldöd (Roffi et al., 2016). Ponikowski et al. (2016) menar att NSTEMI/STEMI i stor utsträckning leder till hjärtsvikt.

Vid misstanke om utbredd ischemi och PCI fördröjs eller inte utförs försämras prognosen för patienten (Neumann et al., 2018). I detta arbete kommer endast NSTEMI och STEMI att beskrivas.

Symtom och diagnostisering av icke ST-höjnings- och ST-höjningsinfarkt

Det vanligaste symtomet vid hjärtinfarkt är bröstsmärta, den beskrivs oftast som en tyngd eller tryck centralt i bröstet. Utstrålning mot vänster alternativt båda armarna (Fors et al., 2014; Gao & Zhang, 2013; Hwang, Zerwic & Jeong, 2011; Jackson & McCulloch, 2014; Kim et al., 2016; Roffi et al., 2016; Ångerud et al., 2016) och upp mot käken eller nacke (Gao & Zhang, 2013; Jackson & McCulloch, 2014; Kim et al., 2016; Roffi et al., 2016). Utöver smärtan upplevs även illamående, dyspné, svettningar (Brokalaki et al., 2011; Gao & Zhang, 2013; Kim et al., 2016; Roffi et al., 2016), svimningskänsla eller buksmärta som mer atypiska symtom på hjärtinfarkt (Gao & Zhang, 2013; Kim et al., 2016; Roffi et al., 2016). De senaste nämnda symtom benämns atypiska då bröstsmärta anses som det vanligaste. Atypiska symtom upplevs oftare av kvinnor, äldre, personer med njursvikt eller demens. Sannolikheten för att symtomen beror på hjärtinfarkt höjs om smärta debuterade alternativt förvärras vid fysisk ansträngning och släpper i vila (Roffi et al., 2016).

Personer med symtom på NSTEMI och STEMI kräver ett snabbt omhändertagande och utredning för att ställa diagnos i ett tidigt skede. Minst två kriterier krävs för att ställa diagnosen NSTEMI/STEMI. Förhöjt troponin i blodprov som tyder på myokardskada och bröstsmärta eller EKG-förändringar. Troponin är ett högkänsligt prov som visar förhöjda värden redan en timme efter symtomdebut och stiger sedan upp till flera dagar efter debuten (Roffi et al., 2016). Symtom och kliniska tecken bör vägas ihop för att få en bredare bild av patientens förlopp, patientens berättelse är en central del i den kombinationen (Wallström & Ekman, 2018).

Patienters upplevelser av symtom på hjärtinfarkt

Isaksson, Brulin, Eliasson, Näslund och Zingmark (2011) beskriver att deltagarna i studien tyckte de var i god fysisk form och inte hade några riskfaktorer för hjärtinfarkt. Därför tänkte de inte på att symtomen de upplevde härstammade från hjärtat. Samtliga deltagare upplever ett kluster av symtom, symtomen dem beskriver är smärta i vänster arm, eller båda armarna, händerna, nacken, ryggen, halsen, axlarna, magsmärter men även kraftiga svettningar och dyspné. Ingen av deltagarna beskriver sina symtom som smärta i bröstet utan som en krampande eller brännande känsla i bröstbenet. Symtomen är intermittenta och de kände sig välmående i mellan attackerna (Isaksson et al., 2011). Symtom som kommer i kluster bidrar i vissa fall till en förstärkande effekt. Det är viktigt att se patienten ur ett större perspektiv då symtomen kan vara påverkade av hur patienten upplever situationen, både sett i sociala- och psykologiska faktorer. Upplevelsen av symtomen påverkas även av kultur, civilstatus samt karaktärsdrag hos patienten (Wallström & Ekman, 2018).

Behandling

Behandlingen av akut koronart syndrom syftar till att minska främst mortaliteten men även de komplikationer som kan uppstå, vilket främjar livskvaliteten (Neumann et al., 2018). Innan koronarangiografi och PCI utförs bör riskerna beräknas till nyttan av ingreppet. Om det är anatomiskt svåråtkomligt som gör ingreppet riskfyllt kan det leda till mortalitet vilket inte överväger fördelen med att utföra ingreppet. PCI bör utföras inom 24 timmar, men maximalt 72 timmar på patienter med NSTEMI medan patienter med STEMI bör utföra PCI inom två timmar från symtomdebut (Roffi et al., 2016).

Patientens kunskap om symtom på hjärtinfarkt

Banharak, Zahrli och Matsuo (2018), Chai, Putit och Siop (2016), Chau et al. (2018) och Coventry, Van Schalkwyk, Thompson, Hawkins och Hegney (2016) beskriver stor okunskap om symtom vid hjärtinfarkt vilket leder till att de väntar med att söka vård tills de är säkra på att det handlar om en hjärtinfarkt. Majoriteten av deltagarna i studierna beskriver bröstsmärta som ett symtom vid hjärtinfarkt men okunskapen om atypiska symtom var stor. Memiş, Evci, Ergin och Beşer (2009) beskriver att 16 procent uppgav felaktiga symtom som till exempel huvudvärk och 23 procent visste inte vilka symtomen var för hjärtinfarkt. Däremot kände resterande deltagarna till bröstsmärta med utstrålning och medvetandeförlust (Memiş et al., 2009).

Många drabbade försöker hitta en orsak till symtomen och använder olika metoder för att bli av med till exempel bröstsmärta (Noureddine, Dumit & Saab, 2015). Vissa hade aldrig upplevt den typen av bröstsmärta och kunde därav inte härleda vad den berodde på (Chai et al., 2016). De jämförde också med tidigare upplevelser där de hade ont i bröstet under ansträngning som var övergående, vilket det inte var denna gång. En del jämförde även symtomen med vad de har hört att anhöriga haft för symtom vid hjärtinfarkt. Flera antog att orsaken till deras symtom berodde på annat, som illamående relaterat till magbesvär och smärta i vänster arm på inflammation i axeln (Chai et al., 2016; Noureddine et al., 2015). Därav självmedicerade de hemma i hopp om att symtomen skulle vara övergående (Brokalaki et al., 2011; Hwang et al., 2011; Jackson & McCulloch, 2014; Noureddine et al., 2015; Sederholm Lawesson, Isaksson, Ericsson, Ängerud & Thylén, 2018). En del hade även problem med yrsel och svimmade när de reste sig upp, vilket de trodde berodde på yrseln i sig och inte att det kunde vara tecken på hjärtinfarkt (Chai et al., 2016). Isaksson et al. (2011) beskriver att deltagarnas upplevelse av symtomen inte var som de hade förväntat sig att symtomen på hjärtinfarkt skulle kännas. Vissa upplevde atypiska symtom och härledde de därför till magsmärta som att de hade ätit något dåligt. Vissa trodde de hade sovit på armen och därför upplevde muskelsmärta medan andra tappade styrkan i armarna men upplever däremot ingen smärta. De flesta hade föreställt sig att bröstsmärtan skulle vara outhärdlig men upplevde den mildare än ett njurstensanfall (Isaksson et al., 2011). Medan några av deltagarna i Yardimci och Mert (2014) studie kände sådan stark smärta att de förstod direkt att det handlade om en hjärtinfarkt.

Banharak et al. (2018), Bayrak och Tosun (2018) och Kim et al. (2016) beskriver att kunskap om symtom på hjärtinfarkt var högre hos befolkningen i storstäder samt de som var välutbildade med bra inkomst. Däremot var kunskapen lägre på landsbygden och hos personer med lägre utbildning samt låg inkomst (Banharak et al., 2018; Bayrak & Tosun, 2018; Kim et al., 2016). Ökad kunskap kunde även ses hos de som tidigare hade haft en hjärtinfarkt då dessa kunde jämföra med tidigare upplevelser samt de som har haft en anhörig med hjärtinfarkt (Gao & Zhang, 2013; Kim et al., 2016; Noureddine et al., 2015).

Patientens fördröjning från symtom till första vårdkontakt

Tiden från första vårdkontakt till EKG ska vara under tio minuter (Roffi et al., 2016). Om patienten väntar med att söka vård eller vid fördröjt beslut om PCI ökar risken för uttalad ischemi. För att fortsättningsvis kunna upprätthålla en adekvat pumpförmåga, ejektionsfraktion [EF] efter NSTEMI/STEMI krävs att patienten söker vård så tidigt som möjligt efter symtomdebut (Roffi et al., 2016; Thygesen et al., 2018). NSTEMI/STEMI är en av de vanligaste orsakerna till utvecklande av hjärtsvikt med bevarad eller nedsatt systolisk funktion.

Desto tidigare patienten söker vård, ju mindre blir hjärtinfarkten och utvecklingen av heart failure with reduced ejection fraction [HF_rEF], en hjärtsvikt med reducerad vänsterkammarmfunktion. HF_rEF har högre mortalitet än heart failure with preserved ejection fraction [HF_pEF] som är hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmfunktion (Ponikowski et al., 2016).

Albarqouni et al. (2016) och Gao och Zhang (2011) beskriver att fördröjningen från symtom till att söka vård förkortades med 50 procent hos dem med goda kunskaper om symtom vid hjärtinfarkt. Nouredine et al. (2015) beskriver att män hade en medianfördröjning på 2 timmar och 40 min från symtom till ankomst till sjukhus. En del valde att vänta med att söka vård upp till flera dagar då deras symtom hade förvärrats kraftigt eller till en anhörig beslutade att söka vård med patienten. Dock valde majoriteten att söka vård självständigt för sina symtom inom bara några timmar från symtomens start (Nouredine et al., 2015). Bray et al. (2015) beskriver att nästan hälften av deltagarna sökte vård inom en timme, medianfördröjningen var 90 minuter. Att söka inom en timme kunde härledas till en kampanj där de hade fått en ökad kännedom om symtom på hjärtinfarkt och åtgärder om det skulle inträffa (Bray et al., 2015). Fördröjningen berodde på att deltagarna ville vänta lite och se vad som händer, om bröstsmärtan tilltar eller avtar. De berättade inte om sina symtom för anhöriga, de ville inte att anhöriga skulle tro det var något farligt och bli oroliga i onödan, främst inte nattetid (Chai et al., 2016; Jackson & McCulloch, 2014; Nouredine et al., 2015). De väntade även med att söka vård till dagtid för att få träffa sin ordinarie husläkare men även för att det skulle finnas kardiologer i tjänst på sjukhuset (Nouredine et al., 2015). Faktorerna som gjorde att de sökte vård var läkares inrådan, att symtomen eskalerade kraftigt och att de anade en hjärtinfarkt. Även upplevelsen om att familjen inte ville vara utan han/henne och blev påverkad att söka vård av anhöriga. Fler upplever sjukhusrädsla och dröjde därmed att söka vård (Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä & Falk, 2016; Nouredine et al., 2015). Tron på deras gud medförde att de väntade att söka vård genom att de litade på att sin gud skulle ta ansvar för att symtomen skulle vara övergående och att allt skulle bli bra (Chai et al., 2016).

Gyberg et al. (2016) beskriver att kvinnorna tog beslutet att söka vård när de inte klarade av att fortsätta med vardagssysslor. Det som hindrade kvinnorna från att söka vård tidigare var deras förväntningar om hur det skulle bli att vara inlagd som patient. Tanken på att behöva söka vård för sina symtom upplevs stressande, för att de inte skulle kunna gå till jobbet och därmed förlora inkomst. Så länge de kunde komma på en enkel förklaring till vad symtomen berodde på kände de sig lugna och trodde de skulle vara övergående (Chai et al., 2016; Gyberg et al. 2016; Jackson & McCulloch, 2014). Orsaker till symtomen antog kvinnorna var muskelvärk efter träning eller magkatarr som de upplevt tidigare på grund av stress. När symtomen eskalerade och de inte längre kunde komma på en ofarlig orsak till symtomen drabbades de av känslor som ångest, rädsla och panik men även tankar om döden (Gyberg et al. 2016). Vissa fick redan vid symtomdebuten en rädsla för att dö eller att drabbas av något kroniskt funktionshinder och sökte därmed vård i tidigt skede (Yardimci & Mert, 2014).

Samtliga deltagare förhandlade med dig själv om de skulle söka vård eller inte. Trots att de hade flertalet symtom var de rädda för att de skulle söka vård i onödan. Alla deltagare försökte vänta ut symtomen i hopp om att de skulle gå över (Isaksson et al., 2011; Sederholm Lawesson et al., 2018; Yardimci & Mert, 2014).

De försökte agera som vanligt för att inte oroa anhöriga, vila för att bli kvitt symtomen men kände sig rastlösa och hade svårt att ligga stilla, andra försökte stretcha eller ta smärtstillande läkemedel (Ghazawy, Seedhom & Mahfouz, 2015; Isaksson et al., 2011). Vissa masserar bröstkorgen i tron om att smärtan skulle försvinna och testar även att dricka ett glas mjölk eller sockervatten (Chai et al., 2016; Ghazawy et al., 2015). Några deltagare försökte också utmana symtomen och anstränger sig mera för att se hur allvarliga symtomen kunde bli (Isaksson et al., 2011). Gemensamt för alla var att de söker hjälp när smärtan eskalerade och blev värre, de beskriver det som att symtomen ändrade natur. När bröstsmärtan blev intensivare och ihållande samt ett ökat tryck runt bröstkorgen insåg samtliga deltagare att det var allvarliga symtom och att de behövde söka sjukvård (Isaksson et al., 2011; Yardimci & Mert, 2014). Strömbäck, Engström, Lundqvist, Lundblad och Vikman (2018) beskriver att majoriteten av deltagarna hade samma symtom vid sin första hjärtinfarkt som vid den andra. Trots detta var fördröjningen från symtom till vårdkontakt längre vid andra hjärtinfarkten än vid den första (Strömbäck et al., 2018).

Fördröjning till följd av transportval

Generellt uppger 45–67 procent att de skulle ringa ambulans vid symtom som kunde härledas till hjärtinfarkt (Andrade et al., 2018; Kim et al., 2016), den resterande delen skulle självständigt ta initiativet att åka till akutmottagningen (Andrade et al., 2018). Banharak et al. (2018) beskriver att över 90 procent av deltagarna svarade att man skulle ringa ambulans om man upplever symtom av hjärtinfarkt. De tyckte sig ha behov att söka vård då det kunde vara något allvarligare än de först anat (Fors et al., 2014). Män har större benägenhet att ta sig till akutmottagningen på egen hand än att ringa ambulans (Nouredine et al., 2015). Häften av deltagarna väljer att ringa ambulans, en av anledningarna till att deltagarna inte ringer ambulans var att de tyckte sig kunna komma fram till sjukhuset snabbare med andra transportmedel. Vissa patienter var medvetna om kampanjen som pågick om symtom vid hjärtinfarkt men kampanjen påverkade inte beslutet om att ringa ambulans eller inte. Den vanligaste orsaken till att ringa ambulansen var att patienten var säker på att symtomen tydde på hjärtinfarkt (Lavery et al., 2017). Känslor som uppkom var panik och ångest inför att söka vård samt insikten att de var allvarligt sjuka. Medan andra kände ett lugn och att de var redo för detta när de insett att det handlade om en hjärtinfarkt. Tolv deltagare valde att ringa ambulans medan åtta valde annan transport då de tyckte att ambulans var för dramatiskt. Majoriteten av deltagarna söker sjukvård inom en timme från symtomdebuten medan en fjärdedel väntar över fyra timmar med att söka vård (Isaksson et al., 2011). Deltagare som har lägre utbildningsnivå och bor på landsbygden har tendens att söka sjukvård avsevärt mycket senare än välutbildade personer boende i tätort (Albrahim, Ahmed, Alwakeel, Hijji & Al-Mallah, 2016; Hwang et al., 2011).

Primärprevention

Patienterna är förvånade över att bli drabbad av hjärtinfarkt, oavsett tidigare- eller första hjärtinfarkt. De kände sig skyddade av att äta mediciner och upplever att drabbas av hjärtinfarkt innebär att man var väldigt svårt sjuk, vilket inte patienterna upplever att de är. Däremot kunde vissa tänka tillbaka och erkänna för sig själva att det har varit en stressig period eller att de kanske har känt att allt inte stod rätt till (Fors et al., 2014). Stressen upplevs som den vanligaste risken för att drabbas av hjärtinfarkt (Memiş et al., 2009).

Det är viktigt att se och ta tillvara på patientens egna resurser för att nå framsteg. Vilket kan handla om egna resurser i form av motivation till att bibehålla tålamod eller till att förändra sin livsstil. Detta underlättas med stöd från anhöriga i till exempel matvanor och som sällskap i träning, vilket bidrar till att det blir en hållbar livsstil. Utöver detta även stöd från sjukvården med fysisk aktivitet på recept och träningsprogram, men även rådgivning från psykolog eller läkare (Jansson, Fors, Ekman & Ulin, 2018). Patientens delaktighet i sin vård är en viktig del för att kunna ta vara på patientens styrkor, framtidsplaner och rätten till självbestämmande. Patienten blir inkluderad i sin vård och är med i beslutsfattandet om vad som ska göras. Personcentrerad vård har visat sig öka nöjdheten hos patienterna, förbättra hälsoutfallet samt en förbättrad överensstämmelse mellan patienten och vårdgivaren (Ekman et al., 2011). Fors (2014) menar att arbeta personcentrerat i den förebyggande fasen handlar om att stödja och skapa förutsättningar för personer att ändra eller bibehålla vanor som hjälper personen att uppnå hälsa och välbefinnande. Patienten ska själv få välja vilka förändringar som han/hon vill göra och vårdpersonalen ska även acceptera om han/hon inte är beredd att utföra några hälsosamma livsstilsförändringar. Vårdpersonalens fokus ska ligga på att identifiera personens resurser, livskraft och hinder för att kunna formulera mål tillsammans med patienten för behandlingen (Fors, 2014).

Information om symtom och varningssignaler vid hjärtinfarkt uppges vara från anhöriga, tv, i vissa fall från läkare (Bray et al., 2015; Brokalaki et al., 2011; Memiş et al., 2009), även personlig erfarenhet eller efter utbildningar i hjärt- och lungräddning [HLR] (Bray et al., 2015). De första åtgärderna deltagarna gjorde vid misstänkt hjärtinfarkt var att lägga den drabbade på rygg med höga ben, ringa ambulans alternativt skjutsa till närliggande sjukhus och vid behov utföra HLR (Memiş et al., 2009). Deltagarna kände en frustration i efterhand över att det står i tidningar att symtomen på hjärtinfarkt är kraftig bröstsmärta men att de upplevde smärta i ryggen, bröstet och magen (Isaksson et al., 2011). Bray et al. (2015) menar att majoriteten av deltagarna uppger att de efter en kampanj i tv, radio, dagstidningar, webbplatser samt affischer på utvalda sjukhus hade ökad kännedom om tecken till hjärtinfarkt. Vilket medförde en ökad benägenhet att söka vård vid symtom som kunde härledas till hjärtat (Bray et al., 2015). Framst kvinnor upplever att sådan samhällsinformation påverkar positivt på att söka vård i tid vid hjärtinfarkt då deras symtom upplevs mer diffusa än mäns (Jackson & McCulloch, 2014). Patienter under 65 år var mer benägna att påverkas av kampanjen än äldre, men den hade ingen inverkan på vilka som ringde efter ambulans alternativt tog sig själv till akutmottagning (Bray et al., 2015).

Crumlish och Magel (2011) beskriver en signifikant skillnad i kunskap om symtom och tecken på hjärtinfarkt efter preventiv utbildning utförd av sjuksköterskor. Utbildningen innehåller även information om vad man ska göra vid symtom på hjärtinfarkt och även denna kunskap ökade hos de som fick utbildning (Crumlish & Magel, 2011). Kalman, Wells och Stewart Fahs (2018) studie undersöker effektiviteten på utbildning av kvinnor om symtom på hjärtinfarkt med hjälp av två olika utbildningsmetoder. Det finns ingen signifikant skillnad mellan metoderna med kunskapen ökade i båda grupperna genom sjuksköterskeledd preventiv utbildning (Kalman et al., 2018).

Problemformulering

Patienter med NSTEMI och STEMI inkommer ofta för sent till sjukhuset för att behandlingen ska kunna leda till bevarande av hjärtmuskelnns funktion. Det råder bristfällig information till allmänheten om symtom och vad de ska vara uppmärksamma på vid hjärtinfarkt. Det är därför viktigt att inhämta kunskap från patienter om tid från symtom till vårdkontakt och varför de sökte vård vid just det tillfället. Detta för att öka förkunskap om symtom vid NSTEMI/STEMI hos allmänheten vilket bidrar att de söker vård i ett tidigare skede. Hjärtmuskelskada leder i de flesta fallen till hjärtsvikt som är en kronisk sjukdom och påverkar livskvaliteten negativt. Därför är det viktigt med information primärpreventivt innan NSTEMI/STEMI inträffar, vilket bidrar till att patienter har de kunskaper som behövs för att ta informerade beslut och söka vård tidigt när hjärtinfarkten inträffar. Sjuksköterskan har en viktig roll i att utbilda primärpreventivt på individ- och gruppnivå, vid enskilda patientsamtal eller på gruppnivå via primärvården.

SYFTE

Syftet var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI.

METOD

Ansats och Design

En kvantitativ ansats valdes för att svara på studiens syfte. Detta för att studiens syfte var att beskriva patientens självskattade kunskap inom ett förutbestämt område. Enligt Polit och Beck (2017) används kvantitativ ansats för att beskriva och förklara fenomen. Studiens design var en icke-experimentell deskriptiv, retrospektiv tvärsnittsstudie som utfördes med hjälp av en enkätundersökning. Deskriptiv design är ett studieupplägg med syftet att enbart beskriva en populations olika variabler med hjälp av statistik (Jakobsson, 2011). Studien var retrospektiv vilket innebär att man studerar saker som redan har skett (Jakobsson, 2011; Lantz, 2011). Retrospektiv studie kännetecknas genom att författarna började med effekten av något inträffat och söker sedan tillbaka i tiden för att se om det finns något samband i tidigare upplevda företeelser som kan ha påverkat effekten (Polit & Beck, 2017). Tvärsnittsstudie syftar till att beskriva eller förklara verkligheten vid ett specifikt tillfälle (Jakobsson, 2011; Lantz, 2011).

Urval

Urvalet utfördes med hjälp av obundet slumpmässigt urval. Vilket innebar att alla patienter med genomgången NSTEMI/STEMI som har behandlats med PCI samt uppfyllde nedanstående inklusionskriterier under den aktuella tidsperioden inkluderades. Lantz (2011) och Polit och Beck (2017) beskrev obundet slumpmässigt urval som att man utnyttjar slumpen fullt ut, varje individ inom urvalsramen har lika stor sannolikhet att inkluderas i studien. Genom detta kan man undvika systematiska fel om det obundna slumpmässiga urvalet används fullt ut (Lantz, 2011). Enligt statistik från aktuellt sjukhus genomfördes i genomsnitt nio PCI-behandlingar i veckan vilket bör generera tillräcklig med studiedeltagare för denna studie, av anonymitetsskäl benämns inte sjukhuset som referens.

Gruppen som studerades var vuxna personer över 18 år på en kardiologavdelning som hade behandlats med PCI efter en NSTEMI/STEMI. Författarna ansåg att risken är väldigt liten att barn under 18 år drabbas av NSTEMI/STEMI och om detta skulle ske menar vi att det är en utsatt situation för patienten, därav inkluderades inte dessa. Patienter som inkluderades skulle vara svensktalande, kunna förstå och läsa svenska, enkäten delades endast ut på svenska utan tillgång till tolk. Att använda tolk innebar en kostnad och upplevdes tidskrävande. Polit och Beck (2017) menade att inkludera deltagare som inte talar svenska är en kostnadsfråga på grund av behovet av tolk. Både patienter med tidigare hjärtinfarkt och patienter med sin första hjärtinfarkt inkluderades för att samla in ett fylligt material. Ingen hänsyn togs till samsjuklighet. Det var viktigt att tänka över inklusionskriterier noga innan studiens start, detta för att den studerade populationen ska kunna vara representativ i samhället (Polit & Beck, 2017). Patienter med hjärtstopp eller i behov av intensivvård i samband med hjärtinfarkten exkluderades på grund av deras utsatta situation. Polit och Beck (2017) rekommenderade att exkludera utsatta grupper om nytta/risk- analysen är osäker, detta på grund av etiska dilemman. Även patienter som behandlas med CABG exkluderades genom att operationen inte utförs på sjukhuset där studien genomfördes vilket gör att dessa patienter är svårtillgängliga. Patienter som behandlas konservativt med medicinsk behandling efter NSTEMI/STEMI exkluderades. Detta relaterat till att dessa patienter enligt aktuellt sjukhus inte genomgår PCI på grund av hög ålder, demens eller annan nedsättning, vilket även kan göra det svårt för dem att svara på enkäten. Polit och Beck (2017) rekommenderade inte att man använder enkäter till äldre och barn relaterat till att deras förmåga att läsa, förstå och skriva kan vara nedsatt.

Datainsamling

Framtagande av enkät

En enkätundersökning valdes med frågor formulerade för att svara till studiens syfte vilket var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI. Enkäten konstruerade vi själva med frågor som svarar på studiens syfte. Deltagarna till studien valdes utefter vilka som kunde representera en större grupp människor och ge möjligheten att generalisera studieresultatet. Enkätundersökning är en metod som används för att generalisera resultatet till en större grupp (Billhult, 2017; Polit & Beck, 2017). Polit och Beck (2017) rekommenderade enkätstudier med motiveringen att det är kostnadseffektivt, anonymiteten kan bibehållas och det är mindre risk för bias än med intervju. Vid utformandet av enkäten krävs tydlighet i frågor och svarsalternativ för att minimera risken för missförstånd och därmed ofullständigt svar (Polit & Beck, 2017). Enkäten (BILAGA A) delades ut och samlades in till patienter på en kardiologisk avdelning på ett sjukhus i Mellansverige under eftervården av en genomgången NSTEMI/STEMI.

Frågorna och påståendena som bildade enkäten utvecklades för att kunna svara på studiens syfte. Vi sökte efter ett validerat enkätinstrument men fann inget som passade studiens syfte och utvecklade därav ett eget instrument. Första steget var att arbeta fram rubrikerna som används i enkäten och därefter arbetades huvudfrågorna fram följt av följdfrågor för att få en bredd i materialet. Enkäten innehåller till en början demografiska frågor som kön, ålder och tidigare hjärtinfarkt. Polit och Beck (2017) rekommenderade att enkäten skulle innehålla både generella och ämnesspecifika frågor, de bör vara intressanta men inte känsliga. Vi valde att använda Likertskala för att mäta deltagarnas synpunkter om påståenden, deltagarna ombeds ta ställning till i vilken grad de tycker påståendet stämmer eller inte stämmer. Vi inkluderade även slutna flervalsfrågor för att få ut mer information och genomtänkta svar.

Polit och Beck (2017) rekommenderade slutna frågor med svarsalternativ för att det skulle vara lättare för deltagarna att svara och mindre tidskrävande. Vidare användes öppna frågor där deltagarna får tänka fritt för att få en bredd i materialet. Enkäten granskades av sjuksköterskor, handledare, examinator och Sophiahemmets etiska råd innan studien genomfördes. Polit och Beck (2017) rekommenderade att den färdiga enkäten sågs över av sakkunnig person för att upptäcka syftningsfel, grammatikfel och ge respons.

Pilotenkät

Enkäten testades i en pilotstudie som inkluderade en deltagare för att säkerställa validitet och reliabilitet samt att kunna göra justeringar som förbättrar den slutliga undersökningen. Deltagaren i pilotstudien uppfyllde urvalskriterierna men inkluderades inte i studien på grund av att författarna till denna studie valde att dela ut enkäten själva, vilket bidrog till att anonymiteten inte kunde upprätthållas. Inga ändringar gjordes i enkäten efter pilotstudien då den var korrekt ifylld och deltagaren samt att denne inte hade några frågor kring enkätens utformande.

Studiens genomförande

Verksamhetschefen på avdelningen där deltagarna inkluderades kontaktades via mail och erhöll brevet (BILAGA B) med beskrivning av studien samt förfrågan om att godkänna att studien fick utföras på kliniken. Informationen till samtliga sjuksköterskor på berörd avdelning innehöll information om studiens syfte, urvalskriterier, enkätens utformning, var enkäterna var tillgängliga samt tillvägagångssätt vid utdelning och insamling av enkäterna. Information gavs skriftligt via mail samt muntligt vid flera tillfällen på arbetsplatsmöten. Informationen var grundlig och studieansvariga fanns tillgängliga för att svara på frågor vid mötena samt via mail. Studieansvariga tog även hjälp av avdelningens vårdutvecklare för att stötta patientansvarig sjuksköterska vid utdelningen av enkäterna. Vi hade som mål att 50 enkäter skulle delas ut med en svarsfrekvens på minst 30 enkäter.

Datansamlingen beräknades pågå vecka 50 2018 till och med vecka fem 2019. Enkäterna tillsammans med skriftlig forskningsinformation och skriftligt samtycke (BILAGA C) delades ut av patientansvarig sjuksköterska på en kardiologavdelning där inkluderingen av deltagare utfördes. I samband med inkluderingen kodade sjuksköterskan enkäterna mot en kodlista som förstördes efter analysarbetet. Kodlistan innehöll kön, ålder och det tilldelade numret som var samma på både samtycke och enkät. Patienterna fyllde i enkäten under vårdtiden efter hjärtinfarkten, eftervården pågår i regel tre till fem dygn. Vi rekommenderade att patienterna erhöll och fyllde i enkäten dag två efter hjärtinfarkten. Beräknad tidsåtgång för att slutföra enkäten var cirka 15 minuter. Samtycket förvarades av en sjuksköterska som är vårdutvecklare på aktuell avdelning och vi hade inte tillgång till dessa under studiens gång. De var inlåsta i ett skåp på ett låst kontor. Enkäten delades ut med ett förankrat kuvert med studieansvariges namn på, som förseglades av patienten efter ifylld enkät. De förseglade kuverten togs emot av patientansvarig sjuksköterska och lades i ett låst skåp. Vi samlade sedan in kuverten från aktuellt skåp på avdelningen.

Dataanalys

Data från enkäterna fördes in i ett exceldokument och siffrorna kontrollerades flera gånger för att inte bli förvrängda. Dokumentet innehöll kön, ålder samt svaret på respektive fråga. För att räkna ihop resultatet användes funktionen cirkeldiagram vilket gjorde att svarsalternativen räknades ihop, detta stämde även av mot miniräknare. Till demografiska data i form av kön och om de haft tidigare hjärtinfarkt eller inte, användes antal och frekvens i procent.

Variabeln ålder presenterades med medelvärde och standardavvikelse. För att presentera samt rangordna förkunskaper och symtom användes median samt antal och frekvens i procent. Enligt Jakobsson (2011) används deskriptiv statistik för att summera insamlade data. Till detta användes centralmått och spridningsmått samt grafiska former och tabeller för att redovisa resultaten (Polit & Beck, 2017; Jakobsson, 2011). Lantz (2011) rekommenderade att demografiska data presenteras i frekvens (%) och i en frekvenstabell. För att presentera förkunskaperna om symtom rekommenderas ett stapeldiagram att användas (Lantz, 2011).

Forskningsetiska överväganden

Vid bedömningen av nytta och risk för deltagarna i studien, menade författarna till denna studie att riskerna för deltagarna är minimala. Kjellström (2017) rekommenderade att man utförde en bedömning av nytta och risk för deltagarna som ingår i studien. Genom att utläsa om studiens nytta kommer vara större än skadan för både individen och samhället. En studie innehåller alltid risker, men de kan innehålla minimala risker vilket betyder att risken att delta i studien inte är större än det som finns i det dagliga livet (Kjellström, 2017). Det långsiktiga målet med studien var att förbättra kunskapsläget och i ett längre perspektiv öka kunskapen hos riskgruppen för hjärtinfarkt för att förhindra ohälsa och minska lidande. Syftet var att studiens resultat skulle vara värdefullt för samhället i stort men även för individer. Enligt Kjellström (2017) bör studien vara till nytta för professionen, samhället och individen, men nyttan för dessa överväger aldrig riskerna för deltagarna. Det forskarna ska ta hänsyn till är risken för att deltagarna kan uppleva skam eller rädsla samt brist på tid och pengar.

Hänsyn togs till konfidentialitetskravet genom att enkäten delades ut och samlas in av sjuksköterskor på avdelningen och författarna inte träffade deltagarna. Insamlingen av data utfördes konfidentiellt. De förseglade kuverten innehållande enkäten låstes in i ett förutbestämt skåp av patientansvarig sjuksköterska. Kodlistan låg inlåst i läkemedelsrummet genom att alla patientansvariga sjuksköterskor behövde tillgång till denna och ingen annan vårdpersonal kunde beträda läkemedelsrummet. Samtycket låstes in i ett låst skåp på avdelningens vårdutvecklares kontor. Enkäten eller kodlistan innehöll inga personuppgifter som gör att man kunde härleda enskilda enkäter till individerna. Målet var att värna om deltagarnas integritet och privatliv. Polit och Beck (2017) menade att ett sätt att skydda konfidentialiteten var att samla in all data anonymt, anonymt betyder att forskarna inte kunde matcha insamlade data till någon deltagare. Enligt Kjellström (2017) innebar konfidentialitetskravet att forskarna ska säkerställa att känsliga uppgifter som identiteter och information som kan härleda till en enskild individ inte kom ut. Det ingick även att redovisa data på ett sådant sätt att inget kunde härledas till en person. Detta kunde genomföras genom att byta ut ortnamn eller kliniker.

Informerat samtycke bifogades med varje enkät, dokumentet förklarade studiens syfte, mål och metod, hur studien planerades att fortgå, vad som förväntades av deltagaren, hur lång tid det förväntades ta att fylla i enkäten och hur eventuella personuppgifter kommer att behandlas. Det framgick även eventuella risker med deltagande, att det är frivilligt att tacka ja till deltagandet och att man när som helst kan avstå studien utan konsekvenser. Det framgick hur varje person blev tillfrågad om deltagandet samt kontaktuppgifter till författarna. Informationen var adekvat och lättförståelig. Enligt Kjellström (2017) syftade informerat samtycke till att skydda deltagarnas självbestämmanderätt och frihet.

De tre huvudsyftena med informerat samtycke var att de ska få tillgång till information om studien syfte och mål, de ska kunna förstå och fatta beslut utifrån informationen och få tillgång till betänketid. Deltagarna ska vara införstådda med att deltagandet är frivilligt men även att de kan välja att avbryta deltagandet utan konsekvenser. Informationen ska ges både muntligt och skriftligt. Det var en fördel att använda ett skriftligt samtycke som deltagarna får skriva under vid inkludering (Kjellström, 2017).

En ansökan till Sophiahemmets etikråd skickades in med hjälp av handledaren och författarna till studien har fått godkänt från dem innan studien startades, diarienummer 20181204/1045. Etiskt godkännande från etikprövningsnämnden krävdes inte enligt författarna då inga personuppgifter kommer erhållas och enkäten är konfidentiell. Enligt Lantz (2011) ska känsliga frågor som har prestigekaraktär undvikas i en enkätstudie, risken är att respondenterna inte vill svara på frågorna alternativt svara felaktigt medvetet. Enligt Kjellström (2017) var det viktigt att tänka på hur frågorna är formulerade och undvika känsliga frågor.

RESULTAT

Syftet med denna studie var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI. Resultatet från samtliga frågor i enkäten redovisas i tabeller och figurer. Deltagarnas kommentarer på fritextfrågorna har kodats och koderna presenteras i diagram men även i fritext med beskrivningar av vad deltagarna har svarat. Totalt 33 patienter blev tillfrågade att delta i studien varav en nekade deltagande, bortfall totalt en. All data från enkäterna har redovisats och i de fall deltagarna inte besvarade frågan har det redovisats i en kolumn. Svarsfrekvensen var totalt $n=32$ besvarade enkäter under insamlingsperioden. Sju av enkäterna var inte fullständigt ifyllda, tre av dessa hade lämnat två frågor obesvarade och resterande fyra hade en obesvarad fråga.

Deltagarna var mellan 54 och 87 år gamla, majoriteten var män. Den yngsta kvinnliga deltagaren var 54 år och den äldsta 87 år gammal, den yngsta mannen var 55 år och äldsta 80 år gammal. Medelåldern bland samtliga deltagare oavsett kön var 69 år och majoriteten hade inte haft hjärtinfarkt tidigare, se tabell 1.

Tabell 1. Presentation över demografiska data.

	n=32
Man	25 (78,1)
Kvinna	7 (21,9)
Annat/vill ej uppge kön	0
Ålder	69,2 ($\pm 8,2$)
Tidigare hjärtinfarkt	9 (28,1)
Ej tidigare hjärtinfarkt	23 (71,9)

Tabellen redovisar n= antal deltagare och ålder i medelvärde. Procent inom parentes (%) och ålder i (\pm) standardavvikelse.

Kunskap om symtom på hjärtinfarkt

Fråga ett och fyra till sex besvarades av samtliga deltagare medan fråga två, tre och sju till åtta besvarades av alla utom en deltagare, missing data på en fråga vardera av tidigare nämnda frågorna. Den övervägande missing data sågs på fråga nio och tio när antalet deltagare som inte besvarade frågorna tre respektive åtta. Övervägande andel deltagare ansåg sig ha låga förkunskaper om symtom på hjärtinfarkt, se tabell 2.

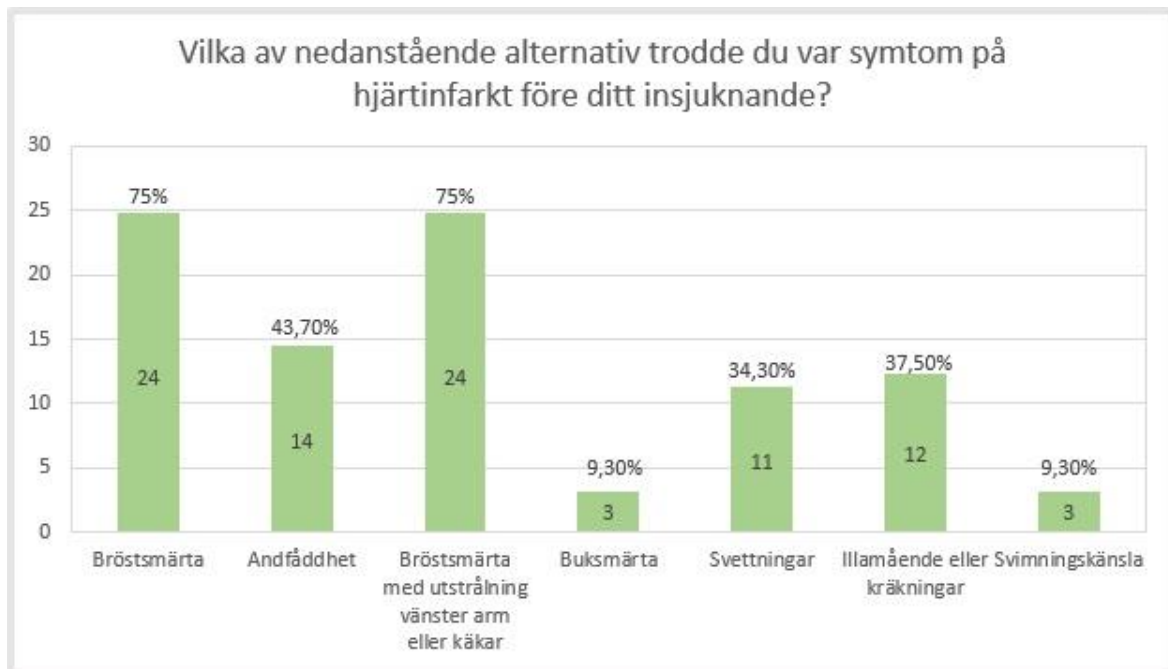
Tabell 2. Presentation över upplevelser av symtom på hjärtinfarkt.

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer till viss del	Instämmer inte alls	Ofullständigt svar
Påstående	n= (%)	n= (%)	n= (%)	n= (%)	n= (%)
Jag anser att jag hade goda kunskaper om vilka symtomen på hjärtinfarkt är innan jag fick hjärtinfarkt	5 (15,6)	8 (25)	16 (50)	3 (9,4)	0
Mina symtom överensstämde med min förväntade bild av symtom på hjärtinfarkt	5 (15,6)	7 (21,9)	11 (34,4)	8 (25)	1 (3,1)
Jag var säker på att mina symtom var tecken på hjärtinfarkt vid insjuknandet	2 (6,3)	4 (12,5)	17 (53,1)	8 (25)	1 (3,1)
Jag fick information om riskfaktorer och symtom innan jag insjuknade	5 (15,6)	6 (18,8)	8 (25)	13 (40,6)	0

Tabellen redovisar n= antal deltagare som svarat på respektive fråga och procent inom parentes.

Resultatet visade att majoriteten av deltagarna hade inga- eller bristfälliga kunskaper om symtom på hjärtinfarkt innan insjuknandet enligt deras egen självskattning, se tabell 2. Strax under hälften upplevde att de hade goda kunskaper om symtomen. Övervägande andel av deltagarna ansåg att deras symtom inte överensstämde med den förväntade bilden av symtom på hjärtinfarkt. Andelen som ansåg att symtomen stämde helt med sin förväntade bild var liten. Trots svaren på påståendena ovan svarade majoriteten att de inte var säkra på att deras symtom vid insjuknandet var tecken på hjärtinfarkt.

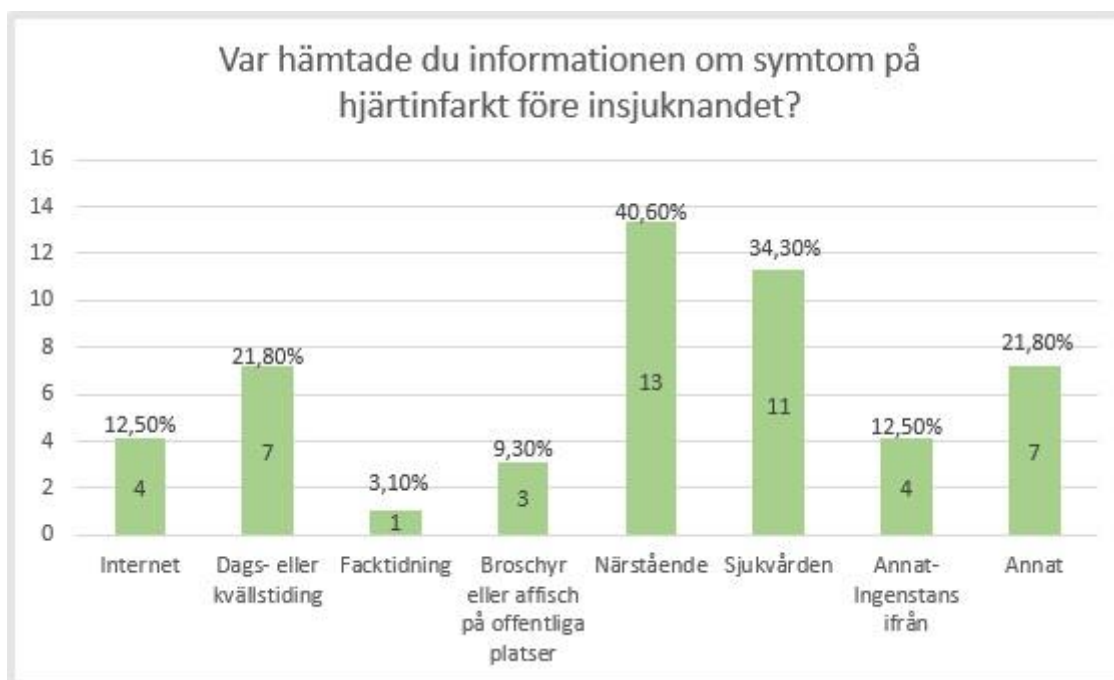
Två angav att de var säkra på att symtomen kunde härledas till hjärtat och fyra deltagare trodde till stor del att det kunde handla om hjärtat. En tredjedel av deltagarna hade fått information om riskfaktorer och symtom innan insjuknandet, medan de flesta av deltagarna inte hade fått någon- eller lite information.



Figur 1. Kunskaper om symtom på hjärtinfarkt

Figuren redovisar procent och antal deltagare som angett respektive alternativ.

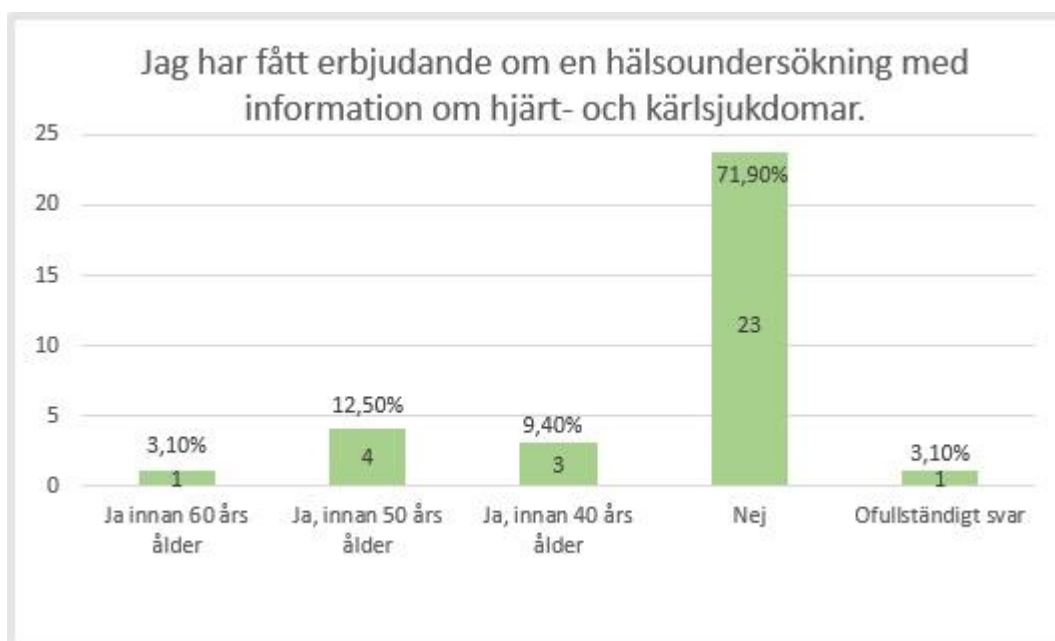
Figur 1 visar vad deltagarna trodde var symtom på hjärtinfarkt innan de själva insjuknade. Övervägande andel trodde symtomen var bröstsmärta och bröstsmärta med utstrålning till vänster arm eller käkar. Det var ingen av deltagarna som angav samtliga symtom men en som däremot svarade sex av sju alternativ. Det var fyra deltagare som angav fem alternativ men de valde olika alternativ. Bröstsmärta, andfåddhet och bröstsmärta med utstrålning till vänster arm eller käkar och alternativet bröstsmärta, bröstsmärta med utstrålning till vänster arm eller käkar samt svettningar var de kombinationerna som förekom flest gånger. Dessa två kombinationer var det fyra deltagarna som svarade på vardera.



Figur 2. Informationsinhämtning

Figuren redovisar procent och antal deltagare som angett respektive alternativ.

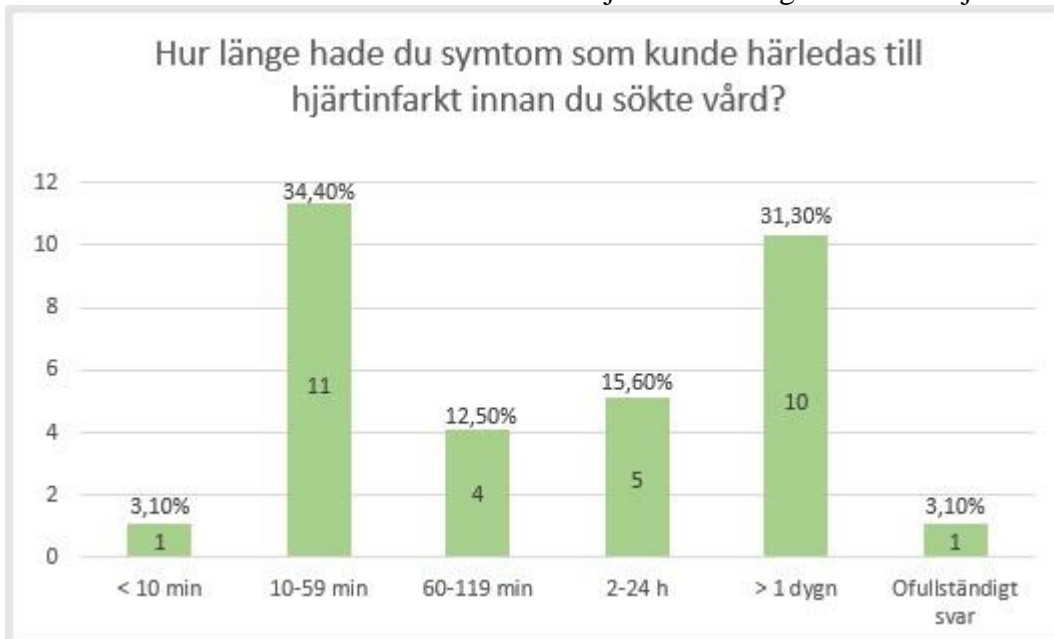
Varifrån deltagarna hämtade information om symtom på hjärtinfarkt varierade, se figur 2. De två alternativen som stack ut enligt diagram två var närstående och sjukvården. Under kategorin annat sågs olika alternativ till informationsinhämtning, flera av deltagarna hade kunskap från sitt yrke inom bland annat vård eller räddningstjänst och en deltagare hade fått information via TV. Fyra deltagare hade inte inhämtat någon information om symtom på hjärtinfarkt. Strax under hälften av deltagarna hade fått information från två till tre olika källor.



Figur 3. Erbjudande om hälsoundersökning

Figuren redovisar procent och antal deltagare som svarat på respektive fråga.

Majoriteten av deltagarna hade inte fått erbjudande om en hälsoundersökning med information om symtom vid hjärt- och kärlsjukdomar innan insjuknandet, se figur 3. En fjärdedel hade fått det erbjudande, av dessa hade ett fåtal fått det innan 40 år ålder, detsamma innan 50 och 60 års ålder medan majoriteten aldrig hade fått erbjudandet.



Figur 4. Tid från symtom till vårdkontakt

Figuren redovisar procent och antal deltagare som svarat på respektive fråga.

De två alternativen som utmärkte sig på hur lång tid efter första symtomet på hjärtinfarkt till att de sökte vård med en tredjedel av deltagarna på varje alternativ, var 10-59 minuter och över ett dygn eller längre. En deltagare hade sökt sjukvården inom 10 minuter från symtomens start och resterande sökte sjukvården 60 minuter-24 timmar efter symtomens start, se figur 4.



Figur 5. Orsak till vårdkontakt

Figuren redovisar procent och antal deltagare som svarat på respektive fråga.

I figur 5 redovisas anledningen till att deltagarna tog beslutet att kontakta sjukvården vid den tidpunkten dem gjorde det, vi fann nio olika kategorier efter analysen av fritextsvaren. Den vanligaste anledningen var att de tog steget och sökte vård när symtomen var ihållande, de beskrev inte att symtomen blivit värre utan att symtomen inte lättade trots olika försök att lindra symtomen. Fyra av deltagarna svarade att de sökte sjukvården när symtomen blev värre, några svarade att de var på ett inplanerat sjukvårdsbesök och någon var osäker kring symtom eller sökte på inrådan efter anhörigas kunskap. Tre deltagare lämnade frågan obesvarad.



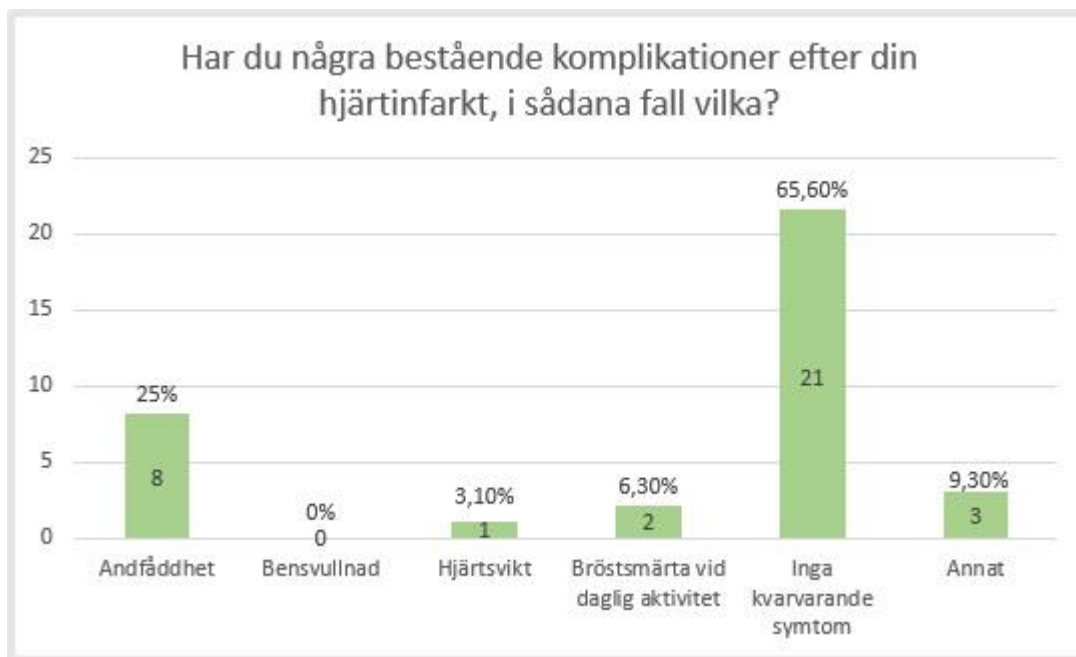
Figur 6. Yttre påverkan till beslut om vårdkontakt

Figuren redovisar procent och antal deltagare som angett respektive alternativ.

De sju kategorierna som framkom efter analysen av fritextsvaren om vad som påverkade till att söka vård visas i figur 6. Det svar som förekom flest gånger var att symtomen påverkade valet att söka vård och därefter kom alternativet att inget påverkade deras beslut. Att en anhörig påverkade beslutet om tidpunkt att söka vård var det några deltagare som svarade, det var framförallt maka eller maken alternativt barnen som påverkade. En fjärdedel lämnade frågan obesvarad.

Komplikationer efter behandling av hjärtinfarkten

Samtliga deltagare besvarade sista frågan om komplikationer efter hjärtinfarkten.



Figur 7. Komplikationer

Figuren redovisar procent och antal deltagare som angett respektive alternativ.

Majoriteten av deltagarna svarade att de inte hade några kvarvarande komplikationer efter sin hjärtinfarkt, se figur 7. Det vanligaste enskilda symtom som kvarstod var andfåddhet som en femtedel svarade, men totalt sett tillsammans med andra symtom svarade en fjärdedel andfåddhet. Ett flertal deltagare upplevde att det var för tidigt att svara på denna fråga eftersom de inte varit aktiva sedan hjärtinfarkten och bara rört sig på avdelningen.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Övervägande andel av deltagarna hade inga- eller bristfälliga kunskaper om symtom på hjärtinfarkt innan de drabbades och två femtedelar ansåg att de hade en del förkunskap. Majoriteten svarade instämmer inte alls alternativt instämmer till viss del på frågan om symtomen vid insjuknandet stämde med den förväntade bilden av symtom vid hjärtinfarkt. Vi frågade inte efter vilka symtom som deltagarna hade vid insjuknandet och kan därav inte dra några slutsatser om det fanns ett samband mellan upplevda atypiska symtom och den förväntade bilden av symtom vid hjärtinfarkt. Isaksson et al. (2011) beskrev att deltagarna inte upplevde de symtom som de hade förväntat sig, det var främst de som upplevde atypiska symtom som inte kunde härleda det till hjärtat. Flera deltagare trodde att symtomen härstammade från magen, muskelsmärta eller att de sovit på till exempel armen. Majoriteten hade föreställt sig att smärtorna skulle vara outhärdliga men upplevde de som mildare (Isaksson et al., 2011). Den största skillnaden upptäckte vi vid frågan om deltagarna var säkra på att symtomen tydde på hjärtinfarkt vid insjuknandet, de flesta upplevde att det inte stämde och att de hade förväntat sig andra symtom som diskuterats ovan. Vi kunde se ett samband efter analysen av resultatet mellan att kunskapen om symtom hade en direkt inverkan på när patienten valde att söka vård.

Kunskapen sågs som god angående att bröstsmärta och bröstsmärta med utstrålning till vänster arm eller käkar var symtom på hjärtinfarkt, dock sågs stor okunskap om atypiska symtom i vår studie. Banharak et al. (2018), Chai et al. (2016), Chau et al. (2018) och Coventry et al. (2016) beskrev stor okunskap om symtom på hjärtinfarkt vilket de ansåg var en anledning till att deltagarna väntade med att söka vård. De ansåg även att okunskapen om atypiska symtom var stor.

Vi frågade deltagarna om var de hade inhämtat sin information om symtom på hjärtinfarkt, majoriteten svarade från närstående och sjukvården. Andra informationskällor som framkom var internet, dags- och kvällstidningar, TV och broschyrer eller affischer på offentliga platser. Dock var det fyra deltagare (13 %) som ansåg att de inte hade fått någon information alls. Sävenstedt och Florin (2013) beskriver att specialistsjuksköterskorna har en viktig roll i att driva utvecklingen framåt inom området informatik. Informationen ska finnas lättillgänglig och informationsflödet bör vara flexibelt (Piepoli et al., 2016; Skärsäter & Klang, 2014; Sävenstedt & Florin, 2013). Ekman et al. (2011) menar att vid personcentrerad vård sätter man personens åsikter om hans/hennes livssituation i centrum, patientberättelsen ger en bild om hur han/hon upplever symtomen och sjukdomen samt hur det inverkar på vardagen. Sjukvården bör ändra sitt fokus till att förebygga sjukdom genom att erbjuda information primärpreventivt (Sävenstedt & Florin, 2013). Bray et al. (2015) beskrev att deltagarna hade tagit del av kampanjer via TV, radio, dagstidningar, webbplatser och affischer på sjukhus, denna information medförde en benägenhet att söka vård tidigare vid symtom som kunde tyda på hjärtinfarkt.

Begreppet IKT innefattar digital teknik som främjar hälsa, patienter och närstående ska ha tillgång till kvalitetssäkrad information om hälsa och sjukvård. De ska även ha tillgång till information kring sin egen vård (Sävenstedt & Florin, 2013). Våra deltagare svarade på frågan om de blivit erbjudna en hälsoundersökning med information om riskfaktorer och vid vilken ålder de i sådana fall hade fått den. Majoriteten av deltagarna hade inte fått en undersökning eller information om riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar. Endast fyra deltagare (13 %) hade fått undersökning innan 50 års ålder och bara tre deltagare (9 %) innan 40 års ålder. Piepoli et al. (2016) rekommenderar att alla personer över 50 års ålder ska få en bedömning och information om kardiovaskulära risker för att förebygga hjärt- och kärlsjukdom, den bedömningen bör utföras redan innan 40 års ålder. Fors (2014) beskriver att utgå ifrån ett personcentrerat perspektiv i primärvården handlar om att skapa förutsättningar och stödja patienten förändra eller bibehålla vanor och hjälpa patienten att uppnå hälsa och välbefinnande. Vårt resultat visade att majoriteten av deltagarna hade fått lite eller ingen information om symtom eller riskfaktorer innan de insjuknade, endast fem deltagare (16 %) ansåg att de fått god information. Deltagarna i Duber et al. (2018) hade fått en viss information om riskfaktorer men saknade information om symtom och hur man bör agera vid symtom. Ekman et al (2011) beskriver att patientens delaktighet i vård är en förutsättning för att kunna ta vara på patientens styrkor, rätten till självbestämmande och framtidsplaner. Personcentrerad vård har visat på goda resultat för att öka patienternas nöjdhet och förbättrat hälsoutfall.

Majoriteten av deltagarna i vår studie sökte vård på grund av att symtomen var ihållande och inte övergående. Noureddine et al. (2015) beskrev att anledningen till att deltagarna sökte vård var att symtomen förvärras kraftigt. Vilket är en skillnad från vår studie, det var endast fyra (13 %) av deltagarna som beskrev att kraftigt förvärrade symtom var anledningen till att de sökte vård. En likhet i resultatet sågs i vad som påverkade deltagarna att söka vård.

I vår studie var den andra och tredje mest förekommande anledningen att inget påverkade, därmed valde de att söka vård självständigt men även att anhöriga hade en yttre påverkan. Noureddine et al. (2015) beskrev att majoriteten valde att söka vård självständigt eller att anhöriga påverkade deras beslut. Den vanligaste orsaken i vår studie till att söka vård var dock symtomen, vilket vi tolkar som att deltagarna valde att söka vård självständigt på grund av att de inte klarade av att hantera symtomen på egen hand i hemmet.

Anledningarna som framkom i vårt resultat förutom ovanstående nämnda var sjukvården vilket kan jämföras med läkarens inrådan, tidigare erfarenheter och att söka vård i tid för att rädda hjärtmuskeln. Gyberg et al. (2016) beskrev att främst kvinnor tog beslutet att söka vård när de inte längre klarade av att utföra de dagliga sysslorna på grund av symtomen. Gyberg et al. (2016) och Noureddine et al. (2015) beskrev att de vanligaste faktorerna till att söka vård var på inrådan av läkare, att symtomen eskalerade kraftigt och att de trodde symtomen tydde på hjärtinfarkt. Flera av deltagarna i vår studie har lämnat frågan blank om det var någonting som påverkade dem när de sökte vård, några svar var irrelevanta och vissa hade skrivit att de inte förstår frågan. I efterhand inser vi att frågan är svårt formulerad och vi förstår att flera har haft svårt att tolka den.

I vår studie sökte 12 (37 %) av deltagarna vård inom en timme, ytterligare fyra (13 %) sökte inom två timmar. Bray et al. (2015) beskrev att nästan hälften av deltagarna sökte vård inom en timme. Av de totalt fem deltagarna i vår studie som uppgav att de instämmer helt på att de hade goda förkunskaper om symtom på hjärtinfarkt, sökte fyra av dem vård inom en timme efter symtomens debut, däremot väntade en deltagare över ett dygn innan den sökte vård. Detta sågs som en likhet med deltagarna i Bray et al. (2015) studie där man kunde se ett samband i att deltagarna som sökte vård inom en timme efter symtomens start hade sett en kampanj om hjärt- och kärlsjukdomar och hade därmed ökad kunskap inom ämnet. Även Albarqouni et al. (2016) och Gao och Zhang (2011) beskrev att fördröjningen kunde förkortas uppemot 50 procent hos de som hade goda kunskaper om symtom på hjärtinfarkt. Preventiv utbildning ledd av sjuksköterskor har visat sig höja kunskapen signifikant hos patienterna om symtom och tecken på hjärtinfarkt (Crumlish & Magel, 2011). Vidare i vår studie väntade tyvärr hela tio deltagare (31 %) nio män och en kvinna, över ett dygn med att söka vård för sina symtom. Med tanke på snedfördelningen mellan antalet kvinnor och män som deltagit i vår studie är det svårt att säga något vidare om detta faktum. Vilket Noureddine et al. (2015) också påvisade där flera deltagare väntade några dagar med att söka vård till deras symtom hade förvärrats eller till en anhörig beslutade att söka vård med patienten. Av de tio deltagarna i vår studie som väntade mer än ett dygn med att söka vård uppgav hälften ha goda förkunskaper om symtom på hjärtinfarkt och andra hälften inte ha det.

Sista frågan i enkäten handlade om komplikationer efter genomgången hjärtinfarkt, denna fråga hade lämpat sig bättre att besvara några veckor efter infarkten då eventuella komplikationer kanske hade uppträtt tydligare. Dock upplevde åtta av deltagarna (25 %) i vår studie att de har besvärats av andfåddhet efter sin hjärtinfarkt, fyra av dessa (13 %) uppgav att de sökte vård över ett dygn efter symtomens start vilket vi tolkar kan vara en bidragande faktor till utvecklande av hjärtsvikt med symtom som andfåddhet. Av de resterande fyra sökte tre vård inom en timme och den fjärde inom två timmar efter symtomens start, vilket kan vara tillräcklig fördröjning för att få en nedsatt pumpförmåga. Ponikowski et al. (2016) menar att ju tidigare patienten söker vård desto mindre blir hjärtinfarkten och därmed också hjärtsvikten.

Fors et al. (2016) beskrev att patienter som har fått information om och initierats i personcentrerad vård efter en hjärthändelse, hade bättre symtomkontroll och anpassade sig snabbare till att leva med hjärt-kärlsjukdom än kontrollgruppen efter fyra veckor. Fors et al. (2017) menar att den personcentrerade vården även visade sig ha långsiktiga fördelar vid mätning efter två år med minskad återinläggning och ökad livskvalitet. Detta relaterat till att patienten känner sig tryggare vilket medförde ett ökat beslutsfattande samt deltagande och teamarbete i den egna vården (Fors et al., 2017).

Könsfördelningen i vår studie föll sig snedfördelad med 25 deltagare (78 %) män och sju deltagare (22 %) var kvinnor, därav kan det vara svårt att dra några större slutsatser kring detta. Ett bifynd var dock att fler kvinnliga deltagare (29 %) hade högre förkunskaper och kände sig säkra på att symtomen kunde härledas till hjärtat än vad de manliga deltagarna var (16 %). I Sederholm Lawesson et al. (2018) studie var resultaten omvänt, män sökte vård tidigare för att de kände sig säkra på att symtomen tydde på hjärtinfarkt. Kvinnorna väntade även längre innan de kontaktade vården. Anledningarna till detta beskrevs som att kvinnor upplevde atypiska symtom i större utsträckning än män (Sederholm Lawesson et al., 2018). Jackson och McCulloch (2014) beskrev att kvinnor hade svårt att identifiera symtomen och koppla samman de upplevda symtomen till hjärtinfarkt när de aldrig upplevt symtomen eller fått utbildning om symtom vid hjärtinfarkt. Inget samband kunde ses i variabeln åldern, varken i förkunskap eller vad gällande fördröjning från symtom till första vårdkontakt.

Vi upplever att studiens syfte som var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI har besvarats genom vår enkätundersökning. Detta menar vi genom att vi har fått tillräckligt antal deltagare och att det i stort har varit hög svarsfrekvens på frågorna samt att deltagarna har svarat utförligt på fritextfrågorna. Vår studie påvisar brister i deltagarnas förkunskap om symtom på hjärtinfarkt vilket ledde till att de sökte sjukvård senare än om de hade haft bättre förkunskap. Vår vision i framtiden är att kunna utveckla en kampanj för att informera samhället om riskfaktorer men främst symtom på hjärtinfarkt för att minska patientens fördröjning att söka vård. Enligt Chung et al. (2014) är Sveriges hjärtsjukvård i framkant, men vi anser för att kunna utföra den på ett tillfredsställande sätt för patienterna krävs det att dem söker vård i tid.

Metoddiskussion

Kvantitativ ansats valdes för att svara på studiens syfte som var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI. En kvalitativ ansats skulle gett en mer ingående förståelse av patientens upplevelse samt tankegångar under pågående symtom och tankegångar efter en genomgången NSTEMI/STEMI. Upplevelsen av symtom vid hjärtinfarkt är individuell och går inte att generalisera och svarar inte heller på studiens syfte som var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI. Enligt Polit och Beck (2017) ger en kvalitativ ansats en djupare förståelse för individens känslor, upplevelser och beteende. En litteraturöversikt är en hörnsten i evidensbaserad praktik och viktig för att föra in evidensen i det dagliga arbetet, vi anser dock att kunskapsläget på fördröjning från symtom till första vårdkontakt är väl studerat. Däremot patienters förkunskap om symtom på hjärtinfarkt har inte visats sig vara lika utforskat, speciellt inte inom Sverige. Vi var intresserade av att studera kunskapsläget om symtom på hjärtinfarkt i Sverige, därav ansåg vi att en kvantitativ enkätundersökning lämpade sig bäst till vårt syfte.

Enkätundersökning används ofta för att beskriva vad personer gör, hur de tänker kring sin hälsa eller vad de planerar, exempelvis nästkommande sjukvårdsbesök (Polit & Beck, 2017).

Icke-experimentell, deskriptiv design valdes för att beskriva patienternas förkunskaper om symtom, detta för att vi ville undersöka variationen i egenskaper hos en grupp människor utan att göra en jämförelse mellan grupperna. Enligt Polit och Beck (2017) används icke-experimentell design i stor utsträckning i sjuksköterskestudier då människors egenskaper undersöks. Vi ville undersöka patienters förkunskaper på symtom efter att de upplevt symtomen, detta är inte möjligt att påverka. Man kan inte påverka människors egenskaper, även om man skulle kunna göra det rent tekniskt är det inte möjligt ur ett etiskt synsätt. Deskriptiv design används för att beskriva, observera och dokumentera olika aspekter i sin naturliga uppkomst (Polit & Beck, 2017). Vi valde retrospektiv tvärsnittsstudie för att svara på vårt syfte som var att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI. Enligt Polit och Beck (2017) kan en retrospektiv design användas för att undersöka vad som påverkar beslut som tagits tidigare samt att sammankoppla ett fenomen som finns nu med det fenomen som funnits tidigare. Ett obundet slumpmässigt urval valdes för att inkludera samtliga patienter som uppnådde inklusionskriterierna, på grund av den korta datainsamlingsperioden var vi tvungna att inkludera alla som fanns tillgängliga. Polit och Beck (2017) beskriver detta urval genom att alla som uppnår inklusionskriterierna på en specifik plats under en förutbestämt tidsintervall inkluderas.

Vi ansåg att frågan om förkunskap på symtom vid hjärtinfarkt kan vara känslig, speciellt vid intervju utförda av personal på en hjärtavdelning, därav ansågs enkäter vara ett fördelaktigt alternativ för att få svar på vårt syfte. Enkät valdes även för att nå ut till en större grupp människor under en relativt kort datainsamlingsperiod. Polit och Beck (2017) menade att fördelarna med enkät är att de är kostnadseffektiva i jämförelse med intervjuer som är kostsamma. Konfidentialiteten kunde upprätthållas med en enkät och det kan ge ärligare svar på känsliga frågor samt oberoende svar utan yttre påverkan. Enligt författarna till denna studie hade det bästa varit att skicka ut enkäter till allmänheten som inte genomgått hjärtinfarkt för att få bästa resultat och minska bias. Ett mer omfattande material hade varit möjligt att samla in samt få en bred bild av hur allmänhetens kunskaper ser ut vilket skulle ha stärkt reliabiliteten. Dock var detta inte möjligt inom den tidsramen för arbetet. Med intervjuer kan respondenten bli omedvetet påverkad av intervjuaren. En fördel för intervju är att man kan korrigera följderna på frågorna under tidens gång och detaljer som missas kan tas upp under intervjun medan i en enkät kan dessa misstag inte åtgärdas.

Vi upplevde att det kan ha varit en nackdel att vi utformade enkäten självständigt, det var viktigt hur enkäten utformades, detta för att den skulle vara lättförståelig och inte misstolkas på något sätt. Vi menar ändå att vi har fått en bra balans mellan de öppna- och slutna frågorna samt att enkäten svarar på studiens syfte. Svarsalternativen på frågorna i enkäten utformas efter litteratur, bland annat Roffi et al. (2016) som menar att patienten ska söka vård inom 10 minuter från symtomens start. Polit och Beck (2017) rekommenderade att använda ett redan validerat mätinstrument vid enkätundersökning, de menade även att det är för och nackdelar med att använda öppna- och slutna frågor i enkäten. De slutna frågorna går snabbare att svara på samt är enklare att analysera medan de öppna frågorna ger ett mer djup och bredd i svaren men är svårare att analysera.

Slutna frågor är även lättare för respondenten att ge ett snabbt och uppriktigt svar, om respondenten har svårt att uttrycka sig skriftligt kan öppna frågor vara jobbiga att svara på. De slutna frågorna med svarsalternativ ger deltagarna chansen att ge ett anonymt svar och är inte lika känsligt som att skriva sitt svar och det är större risk att öppna frågor lämnas obesvarade. Problemet med svarsalternativ är att man kan missa ett svarsalternativ som en grupp deltagare skulle velat svara och missar då viktiga data (Polit & Beck, 2017). Vi ansåg att vi hade en bra kombination av öppna- och slutna frågor i enkäten för att få ett brett och utförligt material balanserat med tidsåtgången för att fylla i den. Det var viktigt för oss att begränsa antalet frågor och göra enkätens upplägg enkelt att svara på för att den inte skulle kännas övermäktig att genomföra. Vi utformade totalt 11 frågor exklusive tre demografiska frågor vilket vi uppskattade kunde besvaras inom 15 minuter, vilket kändes som en rimlig tidsåtgång. Vi ansåg att den tidsåtgången påverkade resultatet positivt, majoriteten av deltagarna lämnade in enkäten fullständigt ifyllt. Polit och Beck (2017) rekommenderade att man använde både öppna- och slutna frågor i enkäten för att utnyttja styrkorna och minska svagheter i de båda. Det var viktigt att ta ställning till vilka som ska svara på enkäterna när man utformade frågor, beräknade tidstillgång och om de anses kunna uttrycka sig skriftligt. På flera frågor valde vi att använda svarsalternativen instämmer helt, instämmer till stor del, instämmer till viss del och instämmer inte alls. Enligt Polit och Beck (2017) fanns det en risk med dessa svarsalternativ, det finns ett fenomen som kallas ja-sägare, där respondenten svarar instämmer helt oavsett sammanhang vilket kan leda till felaktiga slutsatser efter analysen.

Vi valde att dela ut enkäterna under vårdtiden efter en hjärtinfarkt med tanke på fördelen med personlig utlämning ger högre svarsfrekvens. En till fördel med detta var att vårdtiden är tre till fem dagar efter en hjärtinfarkt och många patienter ansåg dessa dagar som långtråkiga. Vårt resultat påverkades positivt av detta eftersom det gav en hög svarsfrekvens, om enkäten hade besvarats i hemmet och skickats in via post eller mail ansågs risken för större bortfall. Patienter med hjärtinfarkt har av författarnas uppfattning en positiv inställning till forskning och vill bidra till utveckling av vården vilket såg som en fördel. Polit och Beck (2017) menade att fördelarna med enkätundersökning var att den är mångsidig och kan genomföras av en varierad typ av befolkning samt användas i olika sammanhang beroende på den aktuella studiens syfte. Vidare menade de även att enkätundersökning har brister med låg svarsfrekvens samt att deltagarna inte tar frågorna på allvar och därmed svarar på undersökningen ofullständigt, vilket inte sker i samma utsträckning under en intervju. Detta är främst vid utdelning av enkäten via mail eller post, vid personlig utdelning av enkäten kan en god svarsfrekvens uppnås vid till exempel ett rehabiliteringsprogram (Polit & Beck, 2017). Vi anser att vi valt en patientgrupp med goda förutsättningar för att svara på en enkät. Få patienter som har genomgått PCI efter en NSTEMI/STEMI är oförmögen att svara på en enkät och enkäten fylldes i under vårdtiden där möjligheten fanns att ställa frågor till personalen. Enligt Polit och Beck (2017) är en begränsning med enkätundersökning att flertalet grupper inte kan fylla i en enkät, till exempel barn, äldre, nedsatt kognitiv förmåga.

Nackdelar med datainsamlingsmetoden kan ha varit att avdelningen där inkluderingen utfördes är stor med många i personalstyrkan. Det var svårt att få alla sjuksköterskor motiverade att inkludera patienter och med anonymitetskravet kunde vi inte kontrollera att alla patienter som uppfyllde inklusionskriterierna blev inkluderade. Dock har vi inte fått signaler om att någon i personalen medvetet inte har inkluderat utan i sådana fall tror vi det har skett på grund av tidsbrist.

Tidsbristen och den stora andelen sjuksköterskor på avdelningen kan ha påverkat vårt resultat negativt, om ett mindre antal sjuksköterskor hade valts ut för att inkludera patienter hade det varit enklare att nå ut med informationen. En brist kan också vara den information vi gav till sjuksköterskorna om studien vilket kan ha lett till otillräcklig information till patienterna vid inkludering. Vi upplevde att det var svårt att nå ut till alla i personalen via muntlig information relaterat till stor personalstyrka, men att vi däremot har en tydlig skriftlig information samt har varit behjälpliga vid funderingar via telefon. Det var viktigt att sjuksköterskorna känner sig trygga i uppgiften när de skulle dela ut enkäten till patienterna. Polit och Beck (2017) menade att välja erfaren personal med tidigare erfarenhet till datainsamlingen var fördelaktigt. Om man väljer sjuksköterskor som arbetar kliniskt är det viktigt med god information om studien för att uppnå en god insamling (Polit & Beck, 2017).

Planen var att dela ut 50 enkäter under insamlingsperioden med en svarsfrekvens på 30 stycken. Antalet utdelade enkäter uppnådde 33 stycken på grund av att det inte fanns fler deltagare att tillgå, av dessa samlades 32 stycken in efter att en tillfrågad deltagare avböjde, detta ses som en styrka med studien. Ett större insamlat material skulle ha gynnat studiens resultat på ett positivt sätt genom högre reliabilitet, en anledning till materialets storlek var den begränsade tiden för datainsamling utan möjlighet till att förlänga perioden. Enligt statistik från aktuellt sjukhus genomfördes nio PCI-behandlingar i veckan i genomsnitt vilket uppskattningsvis skulle gett oss 72 patienter som var möjliga att inkludera. Under vald datainsamlingsperiod var det ovanligt få NSTEMI/STEMI som behandlades med PCI, däremot desto högre andel hjärtstopp vilka vi exkluderade i vår studie. En annan möjlighet hade varit att inkludera alla patienter med hjärtinfarkt och inte endast de som hade gjort PCI vilket skulle gett oss ett större material till resultatet. Dock ansåg vi fortsatt att det kunde ha gett ett större bortfall på grund av att den äldre och sjukare populationen kanske inte hade haft samma förmåga att besvara enkäten i sin helhet relaterat till läs- och skrivsvårigheter på grund av demens eller annan nedsättning. Urvalet i vår studie anser vi som representativt för vald region i Mellansverige och kan överföras till hela landet. Detta genom att oavsett ålder, kön eller tidigare hjärtinfarkt samt även att respondenterna både bor i tät- och glesbygd har de uppgett olika svar som vi menar även kunde ses om studien hade genomförts i en annan del av landet.

Vi upplevde att validiteten kunde ha stärkts ytterligare om fler deltagare hade inkluderats i studien. Polit och Beck (2017) menade att validitet och reliabilitet delvis är beroende av varandra. Ett mätverktyg som inte är reliabelt eller pålitligt utgör inte ett validerat resultat och ett mätinstrument kan inte validerat mäta något som inte är pålitligt. Validitet kan beskrivas som att det behövs mycket evidens inom ett visst ämne för att bevisa att något är validerat. Reliabilitet inriktar sig på att testa tillförlitligheten i mätningar. Det skall inte finnas en variation i resultatet vid upprepade mätningar utan det ska vara densamma, vilket kallas test-retest-reliabilitet (Polit & Beck, 2017). Vi upplever att vi har läst litteratur samt varit noga i diskussionen oss sinsemellan angående val av design och utformning av studien. Detta för att redan från start ha möjlighet att utgå från en studiedesign som kan svara till vårt syfte när studien är avslutad. Polit och Beck (2017) menar vidare att trovärdighet belyser om resultatet kan anses som korrekt eller inte. Om resultatet inte anses trovärdigt är inte heller innehållet relevant, för att få ett trovärdigt resultat är alla steg i processen av studien viktig, från val av metod till datainsamling (Polit & Beck, 2017). Att generalisera resultatet till ett annat område i Sverige anser vi vara fullt möjligt då studiedeltagarna är fördelade på både landsbygd och stadsmiljö.

Däremot menar vi i framtiden att det kan vara vissa skillnader om studien hade utförts endast i en storstad, där vi anser att information kan vara mer lättillgänglig. Det kan finnas mer affischerat om symtom att vara uppmärksam vid hjärtinfarkt, vilket förhoppningsvis förkortar patientens fördröjning från symtom till första vårdkontakt. Polit och Beck (2017) beskriver generaliserbarhet som att resultatet från en genomförd studie ska kunna vara likartat vid en ny studie i en annan miljö med andra deltagare.

All data från frågorna i enkäterna användes i resultatet, även de deltagare som hade lämnat en fråga obesvarad presenterades med en kolumn eller kod som beskrev det. Polit och Beck (2017) beskrev att de öppna frågorna ska läsas igenom och ta ut fragment som sedan kodas. Om frågan inte var besvarad användes en kod som representerade all obesvarade data, alla frågor från enkäten ska ingå i resultatet även om vissa frågor inte var besvarade.

Vi ansåg inte att vår enkät innehöll några känsliga frågor även om detta är högst individuellt vad som anses vara känsligt, vi anser att vi tog etiska övervägande i beaktning. Enkäten var även anonym, deltagarna lade själv i den ifyllda enkäten i ett kuvert som de förslöt. Detta medförde att ingen annan förutom deltagaren och vi har haft tillgång till svaren. Studiens resultat var generellt och inget i resultatet kan kopplas samman med en specifik individ. Godkännande från enhetschef samt varje inkluderad patient har varit skriftligt i samband med tydlig och utförlig skriftlig information.

SLUTSATS

Vår studie visade bristande förkunskap om symtom vid NSTEMI/STEMI, speciellt atypiska symtom och vilka åtgärder som ska vidtas vid symtom. Majoriteten ansåg att symtomen inte stämde överens med den förväntade symtombilden och menade att de inte hade fått information kring hjärt- och kärlsjukdomar innan insjuknandet.

Omvårdnadsprofessionen behöver arbeta för att tydliggöra informationen och nå ut till samhället och primärpreventivt inom sjukvården. Detta för att förkorta tiden från symtom till första vårdkontakt och därmed förhindra skador på hjärtmuskeln efter genomgången NSTEMI/STEMI.

Klinisk tillämpbarhet

Utveckla en kampanj i massmedia likt strokekampanjen skulle nå en större grupp i samhället och öka kunskaperna. Att sedan genomföra studier för att undersöka om kunskapen i samhället har ökat om symtom på NSTEMI/STEMI efter att kampanjen har pågått. Men även för att se om det finns några skillnader i tiden från symtom till första vårdkontakten för patienter med NSTEMI/STEMI, söker de vård i ett tidigare skede när de har tagit del av kampanjen. I Sverige har vi en av världens bästa hjärtsjukvård och trots detta är allmänhetens kunskap om symtom på hjärtinfarkt bristfällig. Allt fler har riskfaktorer för att drabbas av hjärtinfarkt och det är därför viktigt med både hälsoundersökning och information om symtom. Vidare forskning kan utföras på återbesök där patienten har smält situationen och kan se på tiden före infarkten med andra ögon. Vad det var som påverkade de beslut som fattades och även utvärdera eventuella komplikationer efter den genomgångna NSTEMI/STEMIN som kan ha förhindrats om patienten varit mer upplyst om symtom innan händelsen inträffade.

REFERENSER

Albarqouni, K., Smenes, K., Meinertz, Th., Schunkert, H., Fang, X., Ronel, J., & Ladwig, K. H. (2016). Patients' knowledge about symptoms and adequate behaviour during acute myocardial infarction and its impact on delay time: Findings from the multicentre MEDEA Study. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1845-1851. doi: org/10.1016/j.pec.2016.06.007

Albrahim, M., Ahmed, A. M., Alwakeel, A., Hijji, F., & Al- Mallah, M. H. (2016). Predictors of delayed pre-hospital presentation among patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Qatar Medical Journal*, 7(1). doi: 10.5339/qmj.2016.7

Andrade, N., Alves, E., Costa, A. R., Moura- Ferreira, P., Azevedo, A., & Lunet, N. (2018). Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 669-677. doi: 10.1016/j.repc.2017.10.017

Banharak, S., Zahrlı, T., & Matsuo, H. (2018). Public knowledge about risk factors, symptoms, and first decision-making in response to symptoms of heart attack among lay people. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(1), 18-29.

Bayrak, D., & Tosun, N. (2018). Determination of nursing activities for prevention of heart attack and stroke in hypertension patients. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1073-1082.

Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., ss. 121-131). Lund: Studentlitteratur.

Bray, J. E., Stub, D., Ngu, P., Cartledge, S., Straney, L., Stewart, M.,... Finn, J. (2015). Mass media campaigns' influence on prehospital behavior for acute coronary syndromes: An evaluation of the Australian heart foundation's warning signs campaign. *American Heart Association*, 4(7). doi: 10.1161/JAHA.115.001927

Brokalaki, H., Giakoumidakis, K., Fotos, N. V., Galanis, P., Patelarou, E., Sigmaga, E., & Elefsiniotis, I. S. (2011). Factors associated with delayed hospital arrival among patients with acute myocardial infarction: A cross-sectional study in Greece. *International Nursing Review*, 58(4), 470-476. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00914.x.

Cajanding, R J. (2017). Effects of a structured discharge planning program on perceived functional status, cardiac self-efficacy, patient satisfaction, and unexpected hospital revisits among Filipino cardiac patients a randomized controlled study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(1), 67-77. doi: 10.1097/JCN.0000000000000303

Chai, L. S., Putit, Z., & Siop, S. (2016). Barriers to timely treatment-seeking in patients with acute myocardial infarction in Malaysia: A qualitative study. *BMC Nursing*, 33(15), 2-10. doi: 10.1186/s12912-016-0155-5

Chau, P. H., Moe, G., Lee, S. Y., Woo, J., Leung, A. Y M., Chow, C-M.,... Zerwic, J. (2018). Low level of knowledge of heart attack symptoms and inappropriate treatment-seeking behaviour among older Chinese: A cross-sectional survey. *Epidemiol Community Health*, 72(7), 645-652. doi: 10.1136/jech-2017-210157

- Chung, S-C., Gedeberg, R., Nicholas, O., James, S., Jeppsson, A., Heuschmann, P.,... Hemingway, H. (2014). Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries in Sweden and the UK. *The Lancet*, 383(9925), 1305-1312. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62070-X
- Coventry, L. L., Van Schalkwyk, J. W., Thompson, P. L., Hawkins, S. A., & Hegney, D. G. (2016). Myocardial infarction, patient decision delay and help-seeking behaviour: A thematic analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13), 1993-2005. doi: 10.1111/jocn.13607
- Crumlish, C M., & Magel, T. C. (2011). Patient education on heart attack response: Is rehearsal the critical factor in knowledge retention? *MEDSURG Nursing*, 20(6), 310-317.
- Duber, H. C., McNellan, C. R., Wollum, A., Phillips, B., Allen, K., Brown, J. C.,... Ng, M. (2018). Public knowledge of cardiovascular disease and response to acute cardiac events in three cities in China and India. *Heart*, 104(1), 67-72. doi:10.1136/heartjnl-2017-311388
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, A.,... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Advance online publication. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård: Från filosofi till praktik* (ss. 226-244). Stockholm: Liber.
- Fors, A., Dudas, K., & Ekman, I. (2014). Life is lived forwards and understood backwards-experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 430-437. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012
- Fors, A., Swedberg, K., Ulin, K., Wolf, A., & Ekman, I. (2017). Effects of person-centred care after an event of acute coronary syndrome: Two-year follow-up of a randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 249(15), 42-47. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.08.069.
- Fors, A., Taft, C., Ulin, K., & Ekman, I. (2016). Person-centred care improves self-efficacy to control symptoms after acute coronary syndrome: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(2), 186–194. doi: 10.1177/1474515115623437
- Gao, Y., & Zhang, H. J. (2013). The effect of symptoms on prehospital delay time in patients with acute myocardial infarction. *Journal of international medical research*, 41(5), 1724-1731. doi: 10.1177/0300060513488511
- Ghazawy, E. R., Seedhom, A. E., & Mahfouz, E. M. (2015). Predictors of delay in seeking health care among myocardial infarction patients, Minia District, Egypt. *Advances in Preventive Medicine*, 2015(8). doi: 10.1155/2015/342361.

- Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K. (2016). Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 670–677. doi: 10.1111/scs.12286
- Hwang, S. Y., Zerwic, J. J., & Jeong, M. H. (2011). Impact of prodromal symptoms on prehospital delay in patients with first-time acute myocardial infarction in Korea. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(3), 194–201. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181f3e2e0.
- Isaksson, R-M., Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U., & Zingmark, K. (2011). Prehospital experiences of older men with a first myocardial infarction: a qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 787–797. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00896.x
- Jackson, M. N., & McCulloch, B. J. (2014). 'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women. *Rural and Remote Health*, 14(2).
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Jansson, I., Fors, A., Ekman, I., & Ulin, K. (2018). Documentation of person-centred health plans for patients with acute coronary syndrome. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(2), 114–122. doi: 10.1177/1474515117718415
- Kalman, M. B., Wells, M., & Stewart Fahs, P. (2018). Educating rural women about gender specific heart attack and prodromal symptoms. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 18(2), 113-133. doi: <http://dx.doi.org/10.14574/ojrnhc.v18i2.519>
- Kim, H. S., Lee, H., Kim, K., Park, H. K., Park, K. S., Kang, G. W.,... Lee, Y. H. (2016). The Gender public's awareness of early symptoms of and emergency responses to acute myocardial infarction and related factors in South Korea: A National public telephone survey. *J Epidemiol*, 26(5), 233-241. doi: 10.2188/jea.JE20150074
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., ss. 57-77). Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, B. (2011). *Den statistiska undersökningen: grundläggande metodik och typiska problem*. Lund: Studentlitteratur.
- Lavery, T., Greenslade, J. H., Parsonage, W. A., Hawkins, T., Dalton, E., Hammett, C., & Cullen, L. (2017). Factors influencing choice of pre-hospital transportation of patients with potential acute coronary syndrome: An observational study. *Emergency Medicine Australasia*, 29(2), 210–216. doi: 10.1111/1742-6723.12735
- Memiş, S., Evci, E. D., Ergin, F., & Beşer, E. (2009). A population- based study on awareness of heart attack in Aydin city-Turkey. *Anadolu Kardiyol Derg*, 9(4), 304-310.
- Neumann, F. J., Sousa Uva, M., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A. P., Bendetto, U.,... Zembala, M. O. (2018). ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 0(0). doi: 10.1093/eurheartj/ehy394

- Noureddine, S., Dumit, N. Y., Saab, M. (2015). Deciding to seek emergency care for acute myocardial infarction. *Clinical Nursing Research*, 24(5), 487–503. doi: 10.1177/1054773814548508
- Piepoli, M., Hoes, A., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L.,... Verschuren, M. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
- Pirhonen, L., Bolin, K., Hansson Olofsson, E., Fors, A., Ekman, I., Swedberg, K., Gyllenstein, H. (2019). Person-centred care in patients with acute coronary syndrome: Cost-effectiveness analysis alongside a randomised controlled trial. *Pharmacoecoon Open*. Advance online publication. doi: 10.1007/s41669-019-0126-3
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10thed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, D. S., Bueno, H., Cleland, G. F. J., Coats, J. S. A.,... van der Meer, P. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 37(27), 2129-2200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J. P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F.,... Windecker, S. (2016). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Journal of Heart Failure*, 37(3), 267-315. doi: 10.1093/eurheartj/ehv320
- Sederholm Lawesson, S., Isaksson, R. M., Ericsson, M., Ängerud, K., & Thylén, I. (2018). Gender disparities in first medical contact and delay in ST-elevation myocardial infarction: a prospective multicentre Swedish survey study. *BMJ Open*, 8(5). doi: 10.1136/bmjopen-2017-020211
- Skärsäter, I., & Klang, M. (2014). Sociala medier och den kapabla patienten. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård: Från filosofi till praktik* (ss. 245-261). Stockholm: Liber.
- Strömbäck, U., Engström, Å., Lundqvist, R., Lundblad, D., & Vikman, I. (2018). The second myocardial infarction: Is there any difference in symptoms and prehospital delay compared to the first myocardial infarction? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(7), 652–659. doi: 10.1177/1474515118777391
- Sävenstedt, S., & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I A-K. Edberg., A. Ehrnberg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (ss. 217–253). Lund: Studentlitteratur.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., & White H. D. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction. *Global Heart*, 13(4), 305-338. doi: 10.1016/j.ghart.2018.08.004

Wallström, S., & Ekman, I. (2018). Person-centred care in clinical assessment. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *17*(7), 576–579. doi: 10.1177/1474515118758139

Yardimci, T., & Mert, H. (2014). Turkish patients' decision-making process in seeking treatment for myocardial infarction. *Japan Journal of Nursing Science*, *11*(2), 102-111. doi: 10.1111/jjns.12011.

Ängerud, K. H., Thylén, I., Sederholm Lawesson, S., Eliasson, M., Näslund, U., & Brulin, C. (2016). Symptoms and delay times during myocardial infarction in 694 patients with and without diabetes; an explorative cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders*, *16*(1), 108-116. doi: 10.1186/s12872-016-0282-7

ENKÄTUNDERSÖKNING

Patienters förkunskap om symtom på hjärtinfarkt, en kvantitativ enkätstudie.

Demografiska data

Kön	Man <input type="radio"/> Kvinna <input type="radio"/> Annat/vill ej uppge kön <input type="radio"/>
Ålder	Jag är _____ år gammal.
Tidigare hjärtinfarkt innan detta vårdtillfälle	Ja, jag har haft hjärtinfarkt tidigare. <input type="radio"/> Nej, jag har inte haft hjärtinfarkt tidigare. <input type="radio"/>

Kunskaper om symtom på hjärtinfarkt

	Instämmer – helt alls <input type="radio"/> Instämmer – till stor del <input type="radio"/> Instämmer – till viss del <input type="radio"/> Instämmer – inte del <input type="radio"/>
Jag anser att jag hade goda kunskaper om vilka symtomen på hjärtinfarkt är innan jag fick hjärtinfarkt	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mina symtom överensstämde med min förväntade bild av symtom på hjärtinfarkt	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer till viss del	Instämmer inte alls
Jag var säker på att mina symtom var tecken på hjärtinfarkt vid insjuknandet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vilka av nedanstående alternativ trodde du var symtom på hjärtinfarkt före ditt insjuknande? (<i>Fler alternativ kan vara rätt</i>).				
<input type="radio"/> Bröstmärta <input type="radio"/> Andfåddhet <input type="radio"/> Bröstmärta med utstrålning till vänster arm eller käkar <input type="radio"/> Buksmärta <input type="radio"/> Svettningar <input type="radio"/> Illamående eller kräkningar <input type="radio"/> Svimmingskänsla				

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer till viss del	Instämmer inte alls
Jag fick information om riskfaktorer och symtom innan jag insjuknade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Var hämtade du informationen om symtom på hjärtinfarkt före insjuknandet? (<i>Flera alternativ kan kryssas i</i>). Från..				
<input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Dags- eller kvällstidning <input type="radio"/> Facktidning <input type="radio"/> Broschyr eller affisch på offentliga platser <input type="radio"/> Närstående <input type="radio"/> Sjukvården <input type="radio"/> Annat, vad? _____				

Kunskaper om symtom på hjärtinfarkt forts.

Jag har fått erbjudande om en hälsoundersökning med information om hjärt- och kärlsjukdomar.

- Ja, innan 40 års ålder
- Ja, innan 50 års ålder
- Ja, innan 60 års ålder
- Nej, jag har inte fått erbjudande om någon hälsoundersökning.

Hur länge hade du symtom som kunde härledas till hjärtinfarkt innan du sökte vård?
(Ringde ambulans, åkte till akutmottagningen eller liknande).

- Under 10 minuter.
- 10-59 minuter.
- 60-119 minuter.
- 2-24 timmar.
- Över 1 dygn eller längre.

Varför tog du kontakt med sjukvården vid denna tidpunkt efter symtomens start? *Svara i fritext.*

Första sjukvårdskontakt

Var det någonting som påverkade dig när du sökte vård? *Svara i fritext.*

Komplikationer efter behandling av hjärtinfarkten

Har du några bestående komplikationer efter din hjärtinfarkt, i sådana fall vilka? (*Flera alternativ kan kryssas i*).

- Andfåddhet
- Bensvullnad
- Hjärtsvikt
- Bröstsmärta vid daglig aktivitet
- Annat? Vad _____
- Jag har inga kvarvarande symtom efter min hjärtinfarkt.

BREV TILL VERKSAMHETSCHEF



Stockholm 2018-11-21

Till verksamhetschef
XXXXX XXXXXX
XXXXX kliniken, XXXXX Lasarett.

Vi heter Linnéa Backlund och Malin Manitski och är Studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning hjärtsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. Vi ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör patienter som genomgått NSTEM/STEMI och vilken förkunskap om symtom på hjärtinfarkt de hade före insjuknandet (vg. se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Vi är därför mycket intresserade av få inkludera deltagare vid XXXXXX kliniken, XXXXX lasarett. Om du godkänner att studien genomförs vid kardiologiska kliniken, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs är vi tacksamma för besked om detta via telefon eller mail. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning
Linnéa Backlund & Malin Manitski

Sammanfattning av studiens upplägg och innehåll

Titel: Patienters förkunskap om symtom på hjärtinfarkt, en kvantitativ enkätstudie.

Problemområdet är att patienter med NSTEMI och STEMI inkommer till sjukhuset för sent för att behandlingen ska kunna leda till bevarande av hjärtmuskelnns funktion. Det råder bristfällig information till allmänheten men främst till personer med risk för att utveckla hjärtinfarkt, om vad de kan göra för att förkorta tiden från symtom till vårdkontakt. Det är därför viktigt att inhämta kunskap från patienter som genomgått STEMI/NSTEMI om symtom för att kunna utveckla åtgärder som ökar förkunskap hos allmänheten, vilket bidrar till att de söker vård i ett tidigare skede. Primärpreventiv information är viktig och rekommendationen om att informera och bedöma personer primärpreventivt för att förbättra kunskapen. Det ger patienterna möjligheten att ta informerade beslut som kan minska skadan på hjärtat till följd av en NSTEMI/STEMI.

Syfte: Syftet är att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI.

Ansats och design: En kvantitativ ansats valdes för att svara på studiens syfte, designen är en icke-experimentell deskriptiv, retrospektiv tvärsnittsstudie och kommer utföras som en enkätstudie.

Urval: En enkätundersökning önskas utföras, enkäten kommer att delas ut och samlas in på din klinik, kardiologen på Falu lasarett under patientens eftervård av NSTEMI/STEMI. Gruppen som kommer att studeras är vuxna personer över 18 år som har behandlats med PCI efter en NSTEMI/STEMI. Patienter med hjärtstopp eller i behov av intensivvård i samband med hjärtinfarkten, samt de som behandlas med CABG eller behandlats konservativt med medicinsk behandling kommer att exkluderas.

Datinsamling: Antalet enkäter som planeras att delas ut är 50 stycken. Enkäterna tillsammans med skriftlig forskningsinformation och samtycke kommer delas ut och samlas in av patientansvarig sjuksköterska. Enkäten innehåller inga personuppgifter som gör att man kan härleda enskilda enkäter till individerna, därmed besvaras den anonymt. Information om studien kommer ges muntligt och skriftligt till alla sjuksköterskor på avdelningen. Patienterna kommer att fylla i enkäten under vårdtiden efter en hjärtinfarkt.

Jag godkänner härmed att Malin Manitski och Linnéa Backlund får utföra studien ”Patienters förkunskap om symtom på hjärtinfarkt, en kvantitativ enkätstudie” på kliniken under tidsperioden vecka 50 2018 till vecka fem 2019.

Vänlig hälsning
Linnéa Backlund & Malin Manitski

Handledare:
Richard Ahlsröd

 Ort, datum

 Namnteckning, Verksamhetschef
 XXXXXX XXXXXX

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION I EN EMPIRISK STUDIE.

Bakgrund

Patienter med hjärtinfarkt inkommer till sjukhuset för sent för att kunna bevara hjärtmuskelnns funktion vilket leder till hjärtmuskelskada och hjärtsvikt. Det råder bristfällig information till allmänheten om vad patienter kan göra för att förkorta tiden från symtom till vårdkontakt. Det är därför viktigt att inhämta kunskap inom området för att kunna utveckla åtgärder som ökar förkunskap hos allmänheten och bidrar till att patienter söker vård i ett tidigare skede.

Syftet är att undersöka förkunskaper om symtom vid hjärtinfarkt hos patienter som genomgått NSTEMI/STEMI.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas att delta i denna studie i egenskap av att alla patienter med hjärtinfarkt på avdelningen under vecka 50 2018 till vecka fem 2019 erbjuds deltagandet. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta studien när som helst om du önskar.

Hur går studien till?

Vi ber dig fylla i enkäten, tidsåtgången beräknas vara cirka 15 minuter.

Hantering av data och sekretess

Enkäten är anonym och varken studieansvarig eller någon annan kommer veta vem som svarade på vilken enkät, genom att ni som deltagare försluter kuvertet efter besvarad enkät. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem i ett låst skåp på avdelningen. Studiens resultat kommer att publiceras på internetportalen Diva för examensarbeten samt användas som underlag för att fortbilda personal på avdelningen.

Information om studiens resultat

Om du vill ta del av studiens resultat kan du lämna din mailadress till ansvarig sjuksköterska, skriv *inte* adressen på enkäten. Studieansvarig skickar en kopia efter sommaren 2019.

Ingen ekonomisk ersättning kommer tilldelas.

Studieansvariga

Författare

Linnéa Backlund

Malin Manitski

Handledare

Richard Ahlsröd

Jag har tagit del av informationen ovan och samtycker till att delta anonymt i enkätstudien genom att svara på frågorna och sedan lämna den till sjuksköterska på avdelningen.

XXXXX
Ort, datum

Namnteckning, deltagande patient

Namnförtydligande, deltagande patient