

Endurskilgreining á lífi og sjálfi: Reynsla yngra fólks af því að fá hjartaáfall

Útdráttur

Bakgrunnur og tilgangur rannsókna: Hjartasjúkdómar eru ein aðaldánarorsökin í heiminum, en sterk tengsl eru milli kransæðasjúkdóma og óheilsusamlegs lífsstíls. Flestir fá hjartasjúkdóm um sextugt eða seinna og það telst „ung“ að fá hjartasjúkdóm um eða fyrir fimmtugt. Lítið er vitað um reynslu „yngri“ Íslendinga af því að fá hjartaáfall. Tilgangur rannsóknarinnar var að auka þekkingu hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta á þeirri lífsreynslu að fá hjartaáfall „ungur“ svo að hægt sé að veita þessum sjúklingahóp viðeigandi hjúkrun og þjónustu.

Aðferð: Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði var valin sem rannsóknaraðferð og þátttakendur valdir með tilgangsrúttaki. Tekin voru samtals 19 einstaklingsviðtöl við 11 þátttakendur. Meðalaldur þátttakenda var 48 ár þegar þeir voru fyrst greindir með hjartaáfall og sex höfðu fengið fleiri en eitt áfall.

Niðurstöður: Yfirþema rannsóknarinnar var *endurskilgreining á lífi og sjálfi*. Að fá hjartaáfall svo ungir hafði neikvæð áhrif á sjálfsmynd þátttakenda. Alls staðar, þar sem þeir komu, voru þeir yngstir og í mörgum tilvikum um 20 árum yngri en aðrir hjartasjúklingar. Flestir fundu fyrir þunglyndi, kvíða og hræðslu í kjölfar áfallsins en fannst vanta fræðslu um þessar erfiðu tilfinningar. Hjá nánast öllum varð vendipunktur eftir hjartaáfallið til heilbrigðari lífsstíls. Fyrsta árið eftir hjartaáfallið litu þátttakendurnir á sig sem hjartasjúklinga, en þegar lengra leið frá því breyttist sjálfsmyndin aftur og fólk upplifði sig heilbriggt en þó með þennan „krankleika“. Hjá tæplega helmingi þátttakenda var hjartaáfallið vangreint sem einhver annar sjúkdómur vegna ungs aldurs þeirra og minna þekktra einkenna, en þreyta, slappleiki, veikindatilfinning, mæði og magaverkir voru einkenni sem flestir þátttakendur fundu fyrir við hjartaáfallið. Fæstir fengu hefðbundin einkenni sem almenningur er mest fræddur um.

Ályktun: Að fá hjartaáfall „ungur“ hefur viðtæk áhrif á andlega líðan og þurfa hjúkrunarfræðingar að vera sérstaklega vakandi fyrir því

með fræðslu og viðeigandi stuðningi. Þá er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um ólík einkenni hjartaáfalls og fræði almenning um þau.

Lykilhugtök: Hjartaáfall, sjálfsmynd, ungur aldur, fyrirbærafræði, viðtöl.

Inngangur

Hjartasjúkdómar eru ein aðaldánarorsökin í heiminum en talið er að 17,5 milljónir manna hafi látist úr hjarta- og æðasjúkdómum árið 2012, en það voru 46,2 % af öllum dauðsföllum í heiminum það ár. Hjartasjúkdómar eru einnig aðaldánarorsök fólks fyrir 70 ára aldur (WHO, 2014). Tíðni hjartaáfalls hjá 45 ára og yngri er 6–10% en allt að 20% hjá 55 ára og yngri (Mozaffarian o.fl., 2016; Shah, o.fl., 2016). Nýgengi og dánartíðni vegna hjartaáfalla hefur lækkað á Íslandi en nýgengi kransæðastíflu meðal fertugra og yngri hefur ekki lækkað eins mikið og hjá eldri aldurshópum (Björn Jakob Magnússon o.fl., 2017). Vegna bættrar meðferðar við kransæðastíflu lifa sífellt fleiri ungir einstaklingar það af að fá hjartaáfall, lifa oft lengi með afleiðingum hjartaáfallsins og þurfa að breyta lífsstíl sínum til að takast á við áhættuþætti hjartaáfalla (Björn Jakob Magnússon o.fl., 2017). Þessi rannsókn fjallar um reynslu yngri einstaklinga af því að fá hjartaáfall en lítið er um rannsóknir á því sviði hér á landi.

Orsakir kransæðasjúkdóma

Æðakölkun og blóðsegamyndun í kransæðum er algengasta orsök kransæðasjúkdóma (Shah o.fl., 2016; Tómas Guðbjartsson o.fl., 2014). Líkur á hjartaáföllum aukast með hækkandi aldri vegna aukinnar æðakölkunar og þess vegna eru hjartasjúkdómar fyrst og fremst sjúkdómar eldra fólks. Sterk tengsl

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Ungir hjartasjúklingar eru móttækilegir fyrir að breyta óheilsusamlegum lífsstíl strax eftir hjartaáfallið sem mikilvægt er að nýta til fræðslu.

Hagnýting: Andleg vanlíðan í kjölfar hjartaáfallsins hjá þessum ungu hjartasjúklingum var algeng en fræðslu um slíkt var oft ábótavant.

Þekking: Leggja þarf sérstakt mat á kvíða, þunglyndi og hræðslu og veita sérstaka hjúkrunar meðferð sem sérsníðin er að hverjum einstaklingi þar sem tilfinningaleg viðbrögð hvers einstaklings eru einstök.

Áhrif á störf hjúkunarfræðinga: Rannsóknin dregur fram þau mörgu mismunandi líkamlegu einkenni sem þátttakendur fundu fyrir við hjartaáfallið sem mikilvægt er að fræða almenning um.

eru hins vegar á milli kransæðasjúkdóma og óheilsusamlegs lífsstíls þar sem reykingar, mikil blóðfita, lítil hreyfing og sykursýki vega þungt (Shah o.fl., 2016; Tómas Guðbjartsson o.fl., 2014). Í eigindlegri rannsókn Junehag og félaga (2014) ræddu rannsakendur við fólk (N=20) á aldrinum 46 til 73 ára í kjölfar hjartaáfalls. Meginniðurstaða höfunda er að þeir sem gerðu sér grein fyrir orsaka- og áhættuþáttum, sem leiddu til hjartaáfallsins, gerðu frekar lífsstílsbreytingar til að verða heilbrigðari. Aðrar rannsóknir hafa staðfest mikilvægi þess að hjartasjúklingar geri sér grein fyrir orsökum hjartaáfallsins og sjái hjartasjúkdóminn sem langvinnan sjúkdóm sem hægt sé að stjórna (Allsén o.fl., 2008; Sigurdardóttir o.fl., 2017). Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) hefði verið hægt að koma í veg fyrir ¾ allra hjartaáfalla í heiminum með heilbrigðum lífsstíl (Perk o.fl., 2012). Hins vegar er vitað að einn af áhættuþáttum hjartaáfalla tengist ættarsögu viðkomandi (Tómas Guðbjartsson o.fl., 2014).

Lífið eftir hjartaáfall

Eftir hjartaáfall þurfa hinir langveiku að læra að lifa með hjartasjúkdóm (Sigurdardóttir o.fl., 2017) til að ná að fást við ýmis líkamleg (Mathews o.fl., 2015) og andleg einkenni eftir áfallið (Alvarenga og Byrne, 2016; Arnold o.fl., 2012; Chung o.fl., 2008; Yammine og Frazier 2013). Meðferðin miðast við að breyta lífsstíl varðandi þá áhættuþætti sem viðkomandi þurfa að breyta, en fylgni þeirra við ráðleggingar heilbrigðisstarfsfólks hefur reynst frekar léleg (Cohen, 2009; Mathews o.fl., 2015; Perk o.fl., 2012). Í sænskri eigindlegri rannsókn, þar sem tekin voru viðtöl við 17 einstaklinga í kjölfar hjartaáfalls innan við 55 ára aldur, kom fram að þátttakendum fannst eins og verið væri að gera óraunhæfar kröfur til þeirra og áttu erfitt með að takast á við daglegt líf. Reynsla þeirra eftir hjartaáfallið var að þeir treystu ekki líkama sínum. Þessi lífshættulegi sjúkdómur hafði veikt sjálfstraust þeirra (Andersson o.fl., 2013). Í rannsókn Allsén og samstarfsmanna (2008) var beitt grundaðri kenningu til að athuga hvernig hjartasjúklingar skynjuðu veikindi sín fjórum mánuðum eftir hjartaáfall. Tekin voru viðtöl við 25 einstaklinga (41–78 ára). Niðurstaðan var að þátttakendurnir skiptust í tvo ólíka hópa: annars vegar þá sem litu á hjartaáfallið sem merki um langvinn veikindi, hugleiddu hvað hefði getað valdið þessu og fóru í eins konar sjálfsskoðun, og hins vegar þá sem hugsuðu lítið um hjartaáfallið og litu á það sem brátt tilvik sem þeir forðuðust að hugsa um. Rannsakendur ályktu að þessi niðurstaða geti hjálpað hjúkrunarfræðingum og öðru heilbrigðisstarfsfólki að meta á hvern hátt viðbrögð einstaklinga við hjartaáfalli stýri þörfum þeirra fyrir fræðslu. Huga þurfi sérstaklega að þeim sem forðast að hugsa um hjartaáfallið til að auðvelda þeim að taka á áhættuþáttum.

Andleg vanlíðan í kjölfar hjartaáfalls

Í rannsókn Andersson og félaga (2013) kom fram að þátttakendur fundu fyrir andlegri vanlíðan í kjölfar hjartaáfallsins. Þessi andlega vanlíðan í kjölfar hjartaáfalls hefur komið fram í fleiri rannsóknum (Benyamini o.fl., 2013; Chung o.fl., 2008; Junehag o.fl., 2014; Lavie og Milani, 2006). Í rannsókn á algengi

kvíða og þunglyndis í hjartaendurhæfingu, sem gerð var á Reykjalundi á árunum 2005–2006, kom fram að kvíði, reiði og óvild var algengari hjá yngri hjartasjúklingum (Karl Kristjánsson o.fl., 2007). Notaður var kvíða- og þunglyndiskvarðinn HADS. Af 224 sjúklingum, sem boðin var þátttaka í rannsókninni, tóku 200 (89,3%) þátt, 151 karl og 49 konur. Algengi þunglyndis greint í viðtölum við innlögn var 18,5% en 9,5% samkvæmt niðurstöðum úr HADS. Klínísk greining á kvíða var 28% við innskrift en 11% samkvæmt HADS. Ályktun rannsakennda var að betra væri að nota innskriptarviðtal læknis eða hjúkrunarfræðings en HADS til að meta kvíða og þunglyndi hjartasjúklinga. Vitað er að andleg vanlíðan, einkum þunglyndi og kvíði, getur minnkað líkur á að einstaklingar með hjartasjúkdóm takist á við lífsstílsbreytingar og þeir hafa verri langtímahorfur heldur en þeir sem finna ekki fyrir kvíða, þunglyndi og reiði (Benyamini o.fl., 2013; Perk o.fl., 2012). Því var mikilvægt að rannsaka líðan þeirra í kjölfar hjartaáfalls til að öðlast betri skilning á reynslu yngra fólks af að fá hjartaáfall.

Samanburður á yngri og eldri hjartasjúklingum

Nokkuð hefur verið um erlendar rannsóknir þar sem reynsla yngri og eldri hjartasjúklinga af hjartaáfalli hefur verið borin saman. Rannsóknarniðurstöður benda til að andleg vanlíðan sé algengari hjá yngri hjartasjúklingum en þeim eldri. Salmi- en-Tuomaala og samstarfsmenn (2012) notuðu grundaða kenningu í rannsókn með 28 einstaklingum (32–82 ára) sem fengið höfðu sitt fyrsta hjartaáfall og lágu á tveimur finnskum sjúkrahúsum. Yfirþemað var „mikilvægi þess að ná aftur stjórn á aðstæðum sínum“ en þátttakendum fannst það ógn að missa stjórnina, bæði líkamlega og andlega. Í bandarískri rannsókn Lavie og Milani (2006) var reynsla 104 ungra hjartasjúklinga, sem fengið höfðu hjartaáfall (meðalaldur um 48 ára), borin saman við reynslu 260 eldri hjartasjúklinga (meðalaldur um 75 ára). Yngra fólkið reyndist kvíðnara, þunglyndara og reiðara/fjandsamlegra eftir hjartaáfallið en það eldra. Í bandarískri samanburðarrannsókn Yammine og Frazier (2013) var aldurskiptingin fyrir karlmenn 50 ár og 55 ár fyrir konur (N=1140). Yngri einstaklingarnir í rannsókninni glímdu frekar við offitu, hreyfingarleysi og reykingar heldur en hinir eldri, en áttu hins vegar síður við vandamál eins og sykursýki, háþrýsting eða há gildi blóðfita að stríða. Ættgengi hjartasjúkdóma var svipað í báðum hópnum, 75%. Fyrir hjartaáfallið voru 39% þátttakenda í yngri hópnum þunglyndir en 26% þeirra sem voru í eldri hópnum. Ályktun rannsakennda var að þunglyndi ungra hjartasjúklinga (>50 ára) sé vangreint og síður meðhöndlað en hjá þeim sem eldri eru.

Tilgangur rannsókna og rannsóknarspurning

Vitað er að munur er á yngri og eldri hjartasjúklingum en engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á reynslu yngri hjartasjúklinga af því að fá hjartaáfall. Því var tilgangur rannsóknarinnar að efla þekkingu og dýpka skilning á lífsreynslu yngra fólks af því að fá hjartaáfall og rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla yngra fólks af því að fá hjartaáfall?

Aðferð

Til að svara rannsóknarspurningunni var valin fyrirbærafræðileg rannsóknaraðferð, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði sem er mikið notuð innan hjúkrunarfræði (Dowling og Cooney, 2012). Tekin eru fyrirbærafræðileg viðtöl við einstaklinga sem hafa orðið fyrir ákveðinni reynslu og leitast er við að skilja reynsluheim þeirra, túlkun og skynjun á þessari sérstöku reynslu (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Í *töflu 1* á næstu síðu er yfirlit yfir tólf þrep rannsóknarferlisins og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn.

Fyrsta þrepið var að velja í úrtakið. Auglýst var eftir þátttakendum í tímaritinu Velferð, sem gefið er út af Hjartavernd, og á vefsíðum Hjartaverndar og Hjartalífs. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni var að hafa fengið hjartaáfall í kringum fimmtugt (50 ára +/- 6 ár, þ.e. 44–56 ára) og að a.m.k. 6 mánuðir væru liðnir frá áfallinu. Viðmælendur voru samtals 11, þrjár konur og átta karlmenn, flest svöruðu í gegnum auglýsingu í Velferð. Þátttakendur voru 44–56 ára þegar þeir fengu kransæðastíflu og meðalaldur þeirra var 48 ár þegar þeir fengu í fyrsta sinn staðfesta greiningu um hjartaáfall. Sex höfðu fengið fleiri en eitt hjartaáfall. Tveir einstaklingar höfðu fengið hjartaáfall fyrir minna en ári, annars voru liðin 1–10 ár frá fyrsta áfalli.

Annað þrepið var „að vera kyrr“ og ígrunda. Í þessu þrepi ígrundaði fyrsti höfundur (hér eftir rannsakandi) fyrirframgerðar hugmyndir sínar um fyrirbærið, skrifaði þær niður og leitaðist við að leggja eigin reynslu, hugmyndir og hugsanir um efnið til hliðar. Þriðja þrepið fól í sér gagnasöfnun í gegnum samræður með beinum orðaskiptum. Rannsakandi spurði opinna spurninga í upphafi, t.d. „Getur þú sagt mér frá persónulegri reynslu þinni af því að fá hjartaáfall?“ og þrengdi svo spurningarnar til að fá skýrari mynd af fyrirbærinu, t.d. „Hvernig leið þér andlega í kjölfar áfallsins?“ Þannig breyttist eðli samræðna eftir því sem leið á rannsóknina. Viðtölin voru tekin á stað þar sem engin truflun var og tóku á bilinu 35–80 mínútur. Algengast var 50–60 mínútur. Þegar viðtöl voru í styttra lagi komu þátttakendur í annað viðtal til að rannsakandi fengi dýpri skilning á reynslu þeirra. Haft var samband við átta viðmælendur til að fá betri útskýringar á einstökum atriðum. Sum viðtöl voru innihaldsríkari en önnur en metton náðist eftir 19 viðtöl við 11 þátttakendur. Gagnagreining hófst strax í viðtölunum og rannsakandi skrepti vitund sína varðandi hugmyndir og hugtök og fylgdi þeim eftir í viðtölunum.

Þrep 4–6. Allar samræður voru hljóðritaðar og síðan skráðar orðrétt. Viðtölin voru send þátttakendum til yfirlestrar til að fá staðfestingu á því sem þeir sögðu. Eftir að viðtölin höfðu verið skráð var hvert viðtal ígrundað og lesið margoft yfir með opnum huga og merkt var við mikilvægustu atriðin sem komu fram. Síðan voru viðtölin greind með þemagreiningu í meginþemu og undirþemu. Kóðar (e. codes) voru dregnir út úr afritunum (e. deconstruction). Þeim var síðan raðað í þemu (e. reconstruction), t.d. þróun sjálfsmyndar þátttakenda. Þemu

rannsóknar þróuðust og þroskuðust eftir samræður og ígrundun höfunda og var þess gætt að sleppa ekki mikilvægum atriðum og tvítaka ekki önnur. Niðurstöðum fyrir hvern þátttakanda var raðað saman í greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda í samræmi við þrep 4 til 6. Öll þemun voru dregin fram til að sjá rauða þráðinn í samræðunum og niðurstöður settar fram út frá þeim.

Einstaklingsgreiningarlíkon fela í sér ákveðna túlkun og í þrepi 7 fékk rannsakandi staðfestingu á greiningarlíkani viðkomandi þátttakanda og endurtók þessa aðferð með öllum þátttakendum. Þrep 8. Eftir upphafsstarf rannsakanda tóku allir höfundar þátt í að greina rannsóknargögnin og ræddu fyrstu niðurstöður. Allar mögulegar útfærslur voru skoðaðar sjálfstætt og saman og eftir mikla umfjöllun var þróað heildargreiningarlíkan um reynslu af því að fá hjartaáfall í kringum fimmtugt.

Þrep 9. Rannsakandi tryggði að niðurstöðurnar væru byggðar á rannsóknargögnunum með því að endurlesa öll viðtölin og bera þau saman við niðurstöðurnar. Þrep 10 snerist um að velja heiti sem lýsti niðurstöðunum í örstuttu máli. Í þrepi 11 voru niðurstöðurnar sannreynðar með tveimur þátttakendum og í þrepi 12 voru niðurstöður settar fram.

Siðfræði

Unnið var markvisst að því að vernda þátttakendur eftir helstu leiðbeiningum um siðfræði rannsókna (Sigurður Kristinsson, 2013). Þátttakendur fengu kynningarbréf ásamt bréfi um upplýst samþykki sem þeir skrifuðu undir eftir munnlega kynningu á rannsókninni. Allir þátttakendur fengu rannsóknarnafn og engin staðarnöfn eða nöfn, sem hægt var að rekja til þátttakenda, voru skráð til að tryggja nafnleynd. Viðtölin voru tekin upp með leyfi þátttakenda. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd og tilkynnt til Persónuverndar

Niðurstöður

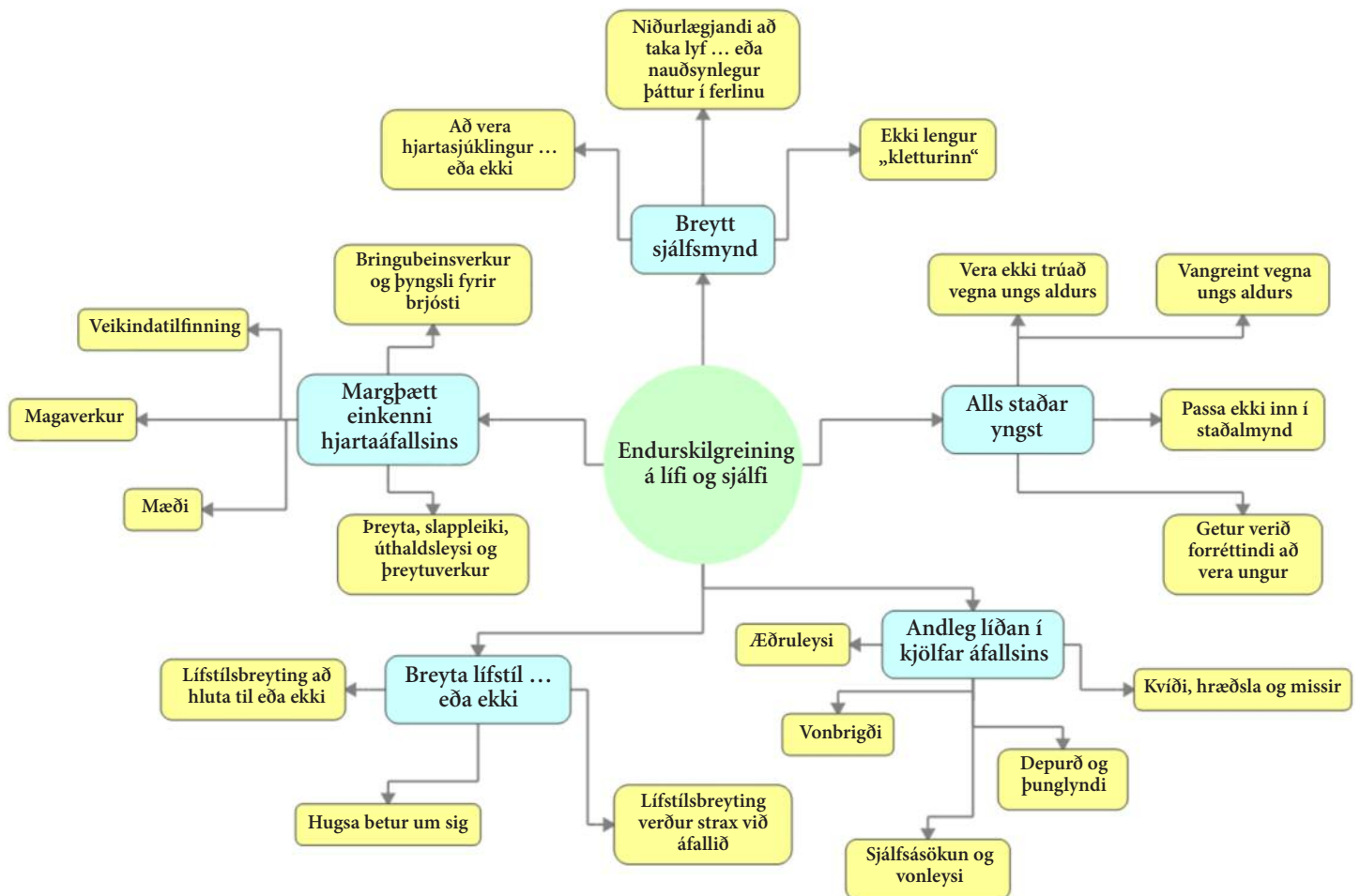
Reynsla þátttakenda af þeirri lífsreynslu að fá hjartaáfall í kringum fimmtugt endurspeglast í yfirþemanu „endurskilgreining á lífi og sjálfi“ en það lýsir í örstuttu máli þeim miklu breytingum sem urðu á lífi og sjálfi þátttakendanna við að fá hjartaáfall svo ungir. Mynd 1 sýnir grunnuppbyggingu fyrirbærisins (e. essential structure of the phenomenon) sem Spiegelberg (1984) segir að þurfi að vera til staðar ef aðferðin eigi að geta kallast fyrirbærafræðileg.

Breytingar á sjálfsmynd

Að vera hjartasjúklingur eða ekki. Fyrsta árið eftir hjartaáfallið litu þátttakendurnir á sig sem hjartasjúklinga, en þegar lengra leið frá því breyttist sjálfsmyndin aftur og fólk upplifði sig heilbrigt en þó með þennan „krankleika“. Þarna virðist vera um ákveðið aðlögunarferli að ræða sem þátttakendur ganga í gegnum og felur í sér ákveðna endurskilgreiningu á lífi og sjálfi. Upplifun Karls var að hann leit á sig sem hjartasjúkling en ein-

Tafla 1. Tólf meginþrep rannsóknarferlis Vancouver-skólans í fyrirbærafræði eins og þau voru framkvæmd í þessari rannsókn (byggt á Sigríði Halldórsdóttur, 2013, bls. 286).

Þrep	Lýsing á þrepum	Gert í þessari rannsókn*
Þrep 1 Val á samræðufélögum	Leitast er við að velja þátttakendur sem hafa bæði dæmigerða og ódæmigerða reynslu af fyrirbærinu.	Þátttakendur voru 3 konur og 8 karlmenn á aldrinum 44 til 56 sem höfðu fengið hjartaáfall. Meðalaldur þeirra var 48 ár.
Þrep 2 Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast)	Fyrirframgefna hugmyndir ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar.	Leitast var við að átta sig á fyrirframgerðum hugmyndum og leggja þær til hliðar eins vel og auðið var.
Þrep 3 Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun)	Tekin eru eitt til tvö viðtöl við hvern þátttakanda. Fjöldi þátttakenda er ekki ákveðinn fyrir fram heldur markast það af metnun (e. saturation) hversu marga þátttakendur er rætt við.	Tekið var eitt viðtal við níu þátttakendur og tvö viðtöl við tvo þátttakendur, samtals 11 viðtöl. Til að spyrja ýtarlegri spurninga var haft samband við átta þátttakendur aftur.
Þrep 4 Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök (gagnagreining hefst)	Unnið er samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu og gagnagreiningin hefst strax í viðtölunum.	Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu. Hugmyndum var komið í orð, hlustað, lesið, ígrundað.
Þrep 5 Þemagreining	Rannsakandi les yfir rituð viðtöl og finnur lykilsetningar og merkingu þeirra, greinir síðan í þemu og undirþemu.	Við endurtekinn lestur viðtalanna var stöðugt verið að velta fyrir sér og ígrunda hver rauði þráðurinn væri í frásögn hvers og eins. Greint var í undirþemu og meginþemu.
Þrep 6 Smíðað greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda	Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings. Meginþemu í sögu hvers þátttakanda eru dregin fram og aðalatriðin sett fram í greiningarlíkan fyrir hvern og einn.	Rannsóknargögn um hvern þátttakanda voru ígrunduð og smíðað einstaklingsgreiningarlíkan úr öllum þemum varðandi þann þátttakanda.
Þrep 7 Staðfesting á hverju greiningarlíkani (niðurstöður um hvern þátttakanda) með hverjum þátttakanda	Í hverju greiningarlíkani felst ákveðin túlkun rannsakanda. Hver þátttakandi er fenginn til að staðfesta þessa túlkun rannsakanda.	Fyrirbærafræðilegar lýsingar sendar til þátttakenda til að hver og einn staðfesti „sitt“ greiningarlíkan og allir staðfestu túlkun rannsakanda.
Þrep 8 Heildargreiningarlíkan smíðað úr öllum greiningarlíkönunum (fyrir hvern þátttakanda)	Rannsakandi reynir að átta sig á heildarmyndinni af fyrirbærinu sjálfu, átta sig á hver er sameiginleg reynsla þátttakenda og hvað er frábrugðið. Rannsakandi setur fram heildargreiningarlíkan fyrir alla þátttakendur.	Rannsakendur reyndu að átta sig á heildarmyndinni á fyrirbærinu sjálfu (meginniðurstöður rannsóknarinnar). Öll einstaklingsgreiningarlíkönin voru borin saman og smíðað heildargreiningarlíkan.
Þrep 9 Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin	Rannsakandi ber saman rituðu viðtölin við heildargreiningarlíkanið.	Viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Þrep 10 Rannsókninni valið heiti sem lýsir niðurstöðum í örstuttu máli	Rannsakandinn setur fram niðurstöðu sína um fyrirbærið í örstuttu máli. Það verður yfirþema rannsóknarinnar.	Niðurstaða rannsakenda um fyrirbærið var: „Endurskilgreining á lífi og sjálfi“: Reynsla fólks af því að fá hjartaáfall í kringum fimmtugt.
Þrep 11 Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirþema með einhverjum þátttakendum	Þróun heildargreiningarlíkans byggist alltaf að einhverju leyti á túlkun rannsakandans. Þessa túlkun er nauðsynlegt að fá staðfesta af einhverjum þátttakendum.	Heildargreiningarlíkanið var sent til tveggja þátttakenda og voru þeir samþykkir því.
Þrep 12 Niðurstöður rannsóknar skrifaðar niður þannig að viðhorf þátttakenda komi fram	Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar. Beinar tilvitnanir í orð allra þátttakenda úr viðtölunum til að viðhorf þátttakenda komi fram milliliðalaust og auka þannig trú-verðugleika niðurstaðna.	Niðurstöðurnar skrifaðar upp með hjálp heildargreiningarlíkansins, vitnað í þátttakendur jafnóðum óðum svo sjónarmið þeirra birtist.



Mynd 1. Yfirlit yfir niðurstöður rannsóknarinnar.

ungis voru sjö mánuðir síðan hann var skorinn og skipt um fjórar kransæðar hjá honum. Sjálfmynd Karls var enn þá sjúklingamiðuð og þá sérstaklega af því að hann taldi sig verða „að bera virðingu fyrir sjúkdómnum“. Erla hafði 6 sinnum fengið hjartaáfall, nánast eitt á ári. Tæplega 9 ár eru síðan hún fékk fyrsta hjartaáfallið og hjá henni var sjálfmyndin ekki lengur sjúklingamiðuð heldur sá hún sig sem heilbrigða konu með þennan krankleika.

Ég er ekki sjúklingur, ég er með þennan krankleika. Jú, jú, það er alveg hægt að segja að þetta sé sjúkdómur sem ég er með, en ég horfi ekki á mig sem sjúkling.

Áhrif lyfjatöku á sjálfsmýndina. Það hafði áhrif á sjálfsmýnd margra að þurfa að taka inn lyf, jafnvel mörg lyf sem þarf að taka daglega. Mjög mismunandi var hvernig þátttakendur tókust á við þetta. Sumir litu það jákvæðum augum, enda hjálpuðu lyfin þeim. Aðrir áttu erfitt með að setta sig við það. Þó sögðust allir þátttakendurnir taka inn lyfin sín samkvæmt fyrirmælum og töldu sig vera búna að setta sig við hlutskipti sitt. Friða reyndi mikið að fá hjartalækninn sinn til að sleppa henni við að taka eitthvað af hjartalýfjunum. Það var áfall fyrir hana þegar hún áttaði sig á því að hún þyrfti að taka inn öll þessi lyf það sem eftir er ævinnar.

Ég hef alltaf verið að segja við hana (lækninn): „Get ég nú farið að hætta að taka þetta og sleppa þessu,“ og svona. Mér finnst

þetta alveg rosalega mikið. Hún er búin að gera mér grein fyrir því að ég þarf að taka þetta alla ævi og það var svolítið svona „sjókk“.

Að vera ekki lengur „kletturinn“. Þátttakendur glímdu við erfiðar tilfinningar við að staðsetja sig öðruvísi í fjölskyldumynstrinu. Karl var sá sem var alltaf til staðar fyrir aðra, sterkur og styðjandi. Þess vegna fannst honum erfitt að upplifa sig sem sjúkling og fannst hann hafa brugðist öðrum með því að fá hjartaáfall. Það hafði verulega neikvæð áhrif á sjálfsmýnd hans.

Það er nú í sjálfu sér bara erfiðast að horfast í augu við það að vera sjúklingur. Að maður skuli ekki bara vera með fullfrískar æðar og hjarta og 100% eins og maður hélt að maður væri ... Ég held að það sé erfiðast ..., áhrif minna veikinda á aðra, eins og á konuna og krakkana. Ég held að það hafi farið einna verst í mig. ... Ég var alltaf kletturinn, hafði mun meiri áhyggjur af öllum hinum. Ekki gott að bregðast ættingjum, vinum og vinnufélögum á þennan hátt.

Að vera alls staðar yngst

Að passa ekki inn í staðalímyndina. Reynslan af því að vera kominn með „gamalmennasjúkdóm“ með „hringlandi pilludós í vasanum“ fyrir miðjan aldur var sterk og hafði áhrif á endurskilgreiningu þátttakenda á lífi og sjálfi. Í huga þeirra virðist staðalímynd hjartasjúklinga vera eldri menn. Þátttakendur

þössuðu engan veginn inn í þessa staðalímynd vegna þess hve ungir þeir voru.

Fríða var 49 ára þegar hún fékk hjartaáfall. Henni fannst hún ekki passa inn í staðalímynd hjartasjúklinga því hún var það ung, borðaði hollan mat, reykti ekki, var nokkurn veginn í kjörþyngd og hreyfði sig mikið. Henni fannst það óraunverulegt að vera komin í þá stöðu að fara í hjartaendurhæfingu með fólki sem var 20 árum eldra en hún.

Ég var alltaf yngst alls staðar og mér fannst ég einhvern veginn bara ... „ég tilheyri ekki þessum hópi“. Þegar ég var að fá póst: „Kæri hjartasjúklingur,“ þá fannst mér það bara vera póstur sem var að villast hérna inn í mína tölvu ... HL-leikfimi, ég fór í hana og þá var ég að labba svona hringi með fólki sem var 20 árum eldra en ég og mér fannst það ... hræðilegt.

Vangreind einkenni vegna ungs aldurs. Við hjartaáfallið var tæplega helmingur þátttakenda sendur heim eftir skoðun hjá lækni á heilsugæslustöð eða á bráðamóttöku án þess að fara í ýtarlegri skoðun með tilliti til kransæðapregsla eða hjartaáfalls. Samt var aðdragandinn að hjartaáfalli þátttakenda með þeim hætti að þeir lýstu einkennum hjartaáfalls ef skoðuð eru minna þekkt einkenni. Aðeins rétt um helmingur þátttakenda fékk rétta greiningu strax eða sex af ellefu. Aldur þátttakenda hafði áhrif á þá þjónustu sem þeir fengu á sjúkrastofnunum, bæði á jákvæðan og neikvæðan hátt. Andri var einungis 44 ára þegar hann fékk sitt fyrsta hjartaáfall en það var vangreint og hann var sendur heim með magalyf. Ekki voru mæld hjartaensím því hann var „of ungur“ til að vera að fá hjartaáfall. Hann fékk sömu einkenni tveimur árum seinna og þá greindist hjartaáfall og sást að skemmd var í hjartavöðvanum frá því hann var yngri.

Getur verið forréttindi að vera ungur. Hallur, sem var 47 ára þegar hann fékk hjartaáfall, lýsti forgangi í heilbrigðiskerfinu vegna ungs aldurs miðað við eldri herbergisfélaga sem fór í opna hjartaaðgerð á sama degi:

Ég var kominn ... á undan honum og hann varð alveg vitlaus yfir því. Hann var ekkert kominn á Reykjalund þegar ég fór ... það var aðeins önnur umsýsla við yngri manninn heldur en þann eldri. Það sá maður alveg.

Andleg líðan í kjölfar áfallsins

Þátttakendur upplifðu margvíslegar tilfinningar eftir hjartaáfallið en flestir fundu til kvíða, þunglyndis og hræðslu. Þeir sem fannst áfallið koma aftan að sér voru oft með meiri andlega vanlíðan en þeir sem höfðu fundið fyrir einhverjum krankleika og nú væri komin skýring á vandamálinu. Meirihluti þátttakenda fann fyrir andlegri vanlíðan en nokkrir sögðust ekki hafa fundið fyrir slíku. Þeir sem upplifðu andlega vanlíðan eftir hjartaáfallið töluðu flestir um að ef þeir hefðu fengið fræðslu um kvíða, þunglyndi og hræðslu hefðu þeir frekar áttað sig á hvað væri að hrjá þá og leitað sér hjálpar fyrr og á réttum stöðum.

Kvíði, þunglyndi og hræðsla. Íris fann fyrir miklum kvíða eftir hjartaáfallið en henni fannst hjartaáfallið hafa komið aftan að sér. Hún fór í þræðingu og útskrifaðist um helgi og fékk enga fræðslu um andlega líðan í kjölfar hjartaáfalls.

Ég held að ég hafi verið svolítið dofin og ég held að ég hafi einhvern veginn ekki áttað mig á þessu enda talaði í sjálfu sér enginn við mig ... ég var bara, liggur við, í fósturstellingunum heima hjá mér ... ég fór að gráta af engu tilefni, ég var með hjartslátt, ég upplifði mig einhvern veginn aldrei heilbrigða ... var bara að fara að deyja á morgun ... var bara föst upp við vegg og ofandandi ofan í poka.

Tilfinning um missi. Daniel var 47 ára þegar hann fékk hjartaáfall. Hann átti ekki von á því að fá hjartaáfall svona ungur en sjúkdómurinn var í ættinni þannig að hann átti alveg eins von á að fá hjartaáfall eftir fimm tug. Hann telur sig hafa farið í gegnum alla reiði- og sorgarferlana sem verða við missi. Hjá honum var missirinn fólgin í því að missa heilsuna.

Maður var alltaf smeykur og hræddur, sú tilfinning kom reglulega upp því maður vissi hvaða hættur fylgja því að standa í svona ... Það tengist kannski þessu að vera þínulítið hræddur ... Ég held að ég hafi lokað mig dálítið í skel og ekki talað um þessar tilfinningar eða talað um hættuna ... Alla vega hefðu börnin mín orðið dálítið hrædd ef ég hefði byrjað að tala um að ég væri hræddur ... Þannig að ég lokaði dálítið á það að tjá tilfinningar mínar sem er náttúrlega slæmt líka.

Sjálfsásökun. Hallur hafði glímt við ofþyngd síðan hann var barn. Hann hafði farið í alls kyns megrunarkúra en alltaf bætt á sig aftur. Hjartaáfallið kom honum verulega á óvart, engin hjartaáföll höfðu orðið meðal ættingjanna og hann var einungis 47 ára. Í kjölfarið fann hann fyrir mikilli sjálfsásökun því hann tengdi ofþyngd sína, og að geta ekki passað upp á mataræðið, við að hafa fengið hjartaáfall. Eftir markvissa endurhæfingu, þar sem hann fékk góðar leiðbeiningar um hreyfingu og mataræði, hefur hann haldist í kjörþyngd.

Hún [andlega líðanin] var nú ansi bágborinn ... maður var leiður og þungur. Maður felldi svona aðeins tár með þessu ... var búinn að eiga við ofþyngd í mörg ár og fannst maður bera ábyrgð á hjartaáfallinu ... Maður tengdi þetta alveg svakalega við þessa ofþyngd og [ég] kveið fyrir því að ég myndi ekki geta haldið einhverri eðlilegri þyngd og ég væri eiginlega á leið að drepast.

Breytingar á lífsstíl

Lífsstílsbreyting verður strax við áfallið. Flestir þátttakendur tóku þá ákvörðun að breyta lífsstíl sínum í kjölfar hjartaáfallsins til að minnka líkur á að fá hjartaáfall á nýjan leik eða til að auka lífsgæði sín, og var þetta vendipunktur í lífi þeirra. Slíkur vendipunktur varð hjá 9 af 11 þátttakendum. Þessir 9 þátttakendur breyttu lífsstíl sínum strax í kjölfar hjartaáfallsins. Hjá meirihluta þátttakenda var það aðallega breyting á mataræði og hreyfingu. Hjá tveimur var streitan eini áhættuþátturinn og drógu þeir úr vinnuálagi. Hjá einum þátttakenda voru reykningar aðaláhættuþátturinn og hætti viðkomandi strax að reykja við áfallið.

Bjarni var 46 ára gamall þegar hann fékk fyrsta hjartaáfallið og var með alla áhættuþætti til staðar. Vendipunkturinn varð strax eftir hjartaáfallið þegar hann lá uppi í rúmi eftir hjartaþræðingu og ígrundaði stöðu sína.

[Ég] lá upp í rúmi, ókei, ég er búinn að fá þessa niðurstöðu. Þú mátt ekki vinna lengur í XX ..., þú mátt ekki reykja, þú mátt ekki drekka, hvað er þá hægt að gera í lífinu? Ég hugsaði: „Ég ætla ekki að liggja uppi í rúmi og telja dropana í loftinu, á lappir með þig.“ Og það hefur verið aðaláhugamálið hjá mér, það er að hafa nóg að gera ... Já, já, lífið er ekki búið, þú þarft að breyta og því fyrr sem þú gerir það þess betra.

Hjá Íris varð vendipunkturinn strax við hjartaáfallið en hún var 44 ára þegar hún fékk það. Hún var byrjuð að bæta mataræðið og hreyfinguna fyrir hjartaáfall en hún reykti.

Ég hætti að reykja daginn þarna sem að þetta gerðist, þegar ég labbaði inn á Landspítala, og hef ekki reykt síðan ... mín fyrstu viðbrögð hér áður fyrr, ef mér hefði liðið svona illa, hefðu bara verið að reykja mig í kaf.

Lífsstílsbreyting að hluta til eða ekki. Hjá þeim tveimur, þar sem vendipunkturinn varð ekki, vantaði annan drifkraft til að fara út að hreyfa sig og hinn vildi ekki hætta að reykja.

Margþætt einkenni hjartaáfallsins

Líkamleg einkenni hjartaáfallsins, sem þátttakendur reyndu, voru margvísleg. Einkennin, sem flestir þátttakendurnir fundu fyrir þegar þeir fengu hjartaáfall, voru að stórum hluta þreyta, slappleiki, veikindatilfinning, mæði og magaverkir.

Þreyta, slappleiki og veikindatilfinning. Þreytueinkennin, sem Friða fann fyrir, byrjuðu smám saman. Hún hélt að þetta væru einkenni frá lungum og fór því til læknis. Hún fékk tíma hjá heimilislækninum sínum sem áttaði sig á því hvað var að gerast og sendi Friðu niður á bráðamóttöku.

Mæði, magaverkur og úthaldsleysi. Andri var búinn að fá sex hjartaáföll, fyrsta, sem var vangreint, 44 ára og aftur 46 ára og fór þá í opna hjartaáðgerð. Andri var „móður og ... alveg illt í maganum“. Hjá Karli var aðdragandi áfallsins mjög langur og lýsti sér með úthaldsleysi, mæði og magaverkjum. Hann fór margsinnis til læknis en var sífellt látinn hafa meira af magasýrulyfjum, var kominn á fjórfaldan skammt, sem gerðu samt ekkert fyrir hann. Hann leitaði enn og aftur á Læknavaktina og lenti hjá kandiðat sem sendi hann í þrekpróf og þaðan rakleitt í hjartaáðgerð þar sem kom í ljós að Karl hafði fengið hjartaáfall áður, en hann hafði leitað á sama stað tveimur árum áður með svipuð einkenni og fengið magasýrulyf við einkennum sínum.

Bringubeinsverkur og þyngsli fyrir brjósti. Aðeins þrír fengu klassísku einkennin: brjóstverk sem leiddi út í vinstri handlegg, mikinn verk yfir miðju bringubeininu og þyngsli fyrir brjósti sem leiddu aftur í bak.

Umræða

Nýnæmi rannsóknarinnar felst fyrst og fremst í þeirri yfirsýn sem fékkst á reynslu yngri hjartasjúklinga á Íslandi, svo sem að hjartaáfallið var vangreint vegna ungs aldurs þeirra og öðruvísi einkenna en mest er frætt um. Endurskilgreining þátttakenda á lífi og sjálfi í kjölfar hjartaáfallsins kom berlega fram í rannsókninni og ýmsir þættir höfðu áhrif á þessa endurskilgreiningu. Mikil breyting varð á sjálfsmynd þeirra við að vera

komnir með „gamalmennasjúkdóm“ svo ungir og vera alls staðar yngstir þar sem þeir komu innan um aðra „hjartasjúklinga“, og mörgum fannst erfið tilhugsun að þurfa að taka mörg lyf það sem eftir er ævinnar.

Breytingar á sjálfsmynd

Breytt sjálfsímynd hjartasjúklinga eftir hjartaáfall hefur komið áður fram í rannsóknum. Í eigindlegri rannsókn Andersson og félaga (2013) er eitt þemað til dæmis „lífið verður aldrei eins“. Þar kemur fram að hjartaáfall hefur áhrif á sjálfsmynd þess sem fær áfallið en athyglisvert er að eftir því sem lengra leið frá hjartaáfallinu litu þátttakendur okkar síður á sig sem „hjartasjúklinga“ heldur sem heilbrigða en með þennan „krankleika“. Hægt er að finna samsvörun við þetta hjá Larsen (2009) þar sem fram kemur að þegar langvinn veikindi eru nýlega greind horfa einstaklingarnir meira á sjúkdóminn, byrði hans og langtímaáhrif, en þegar lengra liður frá sjúkdómsgreiningunni upplifir fólk sig heilbriggt en þó með þessi veikindi.

Meirihluti þátttakenda í rannsókninni upplifði neikvæð áhrif mikillar lyfjatöku á sjálfsmyndina. Tilfinningin var aðallega að viðkomandi væri „gamall með lyfjapokann sinn“.

Hjá nokkrum olli lyfjatakan andlegu álagi þar sem þeir tengdu mikla lyfjatöku við háan aldur. Þó tóku allir inn lyfin sín samkvæmt fyrirmælum og töldu sig vera búna að sætta sig við hlutskipti sitt. Þessi niðurstaða kemur á óvart þar sem meðferðarheldni í lyfjainntekt er töluvert ábótavant hjá hjartasjúklingum samkvæmt öðrum rannsóknum (Mathews o.fl., 2015).

Í rannsókn Mosleh og Darawad (2015) kom fram að 72% hjartasjúklinga (N = 254) tóku ekki lyfin sín eins og ráðlagt var. Í evrópsku klínísku leiðbeiningunum frá 2012 segir að mánuði eftir hjartaáfall séu 25 til 30% hjartasjúklinga þegar hætt að taka inn að minnsta kosti eitt lyf sem ávísað var eftir áfallið. Síðan dregur úr meðferðarheldni jafnt og þétt þegar lengra liður frá hjartaáfallinu (Perk o.fl., 2012). Fálun og samstarfsmenn (2015) telja að með því að ræða við sjúklinga fyrir útskrift sé hægt að efla meðferðarheldni. Þar sem okkar rannsókn er eigindleg er ekki hægt að draga ályktanir af niðurstöðum um meðferðarheldni „yngri“ hjartasjúklinga. Þó væri vert að rannsaka þetta nánar.

Alls staðar yngst

Rannsakendur hafa ekki fundið rannsóknir þar sem fram kemur reynsla yngri hjartasjúklinga af sérstöðu sinni vegna ungs aldurs.

Andleg vanlíðan

Andleg vanlíðan getur skert getu hjartasjúklinga til að takast á við lífsstílsbreytingar og haft neikvæð áhrif á langtímahorfur þeirra (Perk o.fl., 2012). Margir þátttakenda fundu fyrir kvíða, þunglyndi og hræðslu í kjölfar hjartaáfallsins og fannst heilbrigðisþjónustan ekki bregðast við með viðeigandi fræðslu. Í eigindlegri rannsókn, þar sem þátttakendur voru 17 hjartasjúklingar, kom fram að þeir sem veita hjartasjúklingum fræðslu þurfa að vera vel að sér, áreiðanlegir og kunna að veita einstak-

lingshæfða fræðslu (Svavarsdóttir o.fl., 2016a). Í annarri eigindlegri rannsókn (N=19 heilbrigðisstarfsmenn) kom fram að mikilvægt er að heilbrigðisstarfsmenn nái persónulegu sambandi við hjartasjúklinga, átti sig á fræðsluþörfum þeirra, eigi árangursríkar samræður við þá og veiti einstaklingshæfða fræðslu (Svavarsdóttir o.fl., 2016b). Það að ungu hjartasjúklingarnir í rannsókn okkar fundu fyrir kvíða og þunglyndi kemur heim og saman við fyrri rannsóknir (Benyamini o.fl., 2013; Lavie og Milani, 2006) og er vert að ítreka að þunglyndi meðal ungra hjartasjúklinga hefur reynst vangreint og síður meðhöndlað en hjá eldri einstaklingum (Yammine og Frazier, 2013). Fram kom reiði hjá þátttakendum, eins og í fyrri rannsóknum (Karl Kristjánsson o.fl., 2007; Lavie og Milani, 2006), og sú reiði tengdist því að vera búin að „missa heilsuna“ svo ung. Sumir byrgðu inni tilfinningar sínar til að hræða ekki aðra um of og aðrir vegna þess að enginn bauð upp á samræður um erfiðar tilfinningar. Þá kom einnig fram sjálfsásökun þátttakanda yfir að hafa ekki breytt lífsstíl sínum fyrr.

Breytingar á lífsstíl

Flestallir þátttakendurnir fundu að þeir voru komnir á vendipunkt og tókust á við lífsstílsbreytingar strax við hjartaáfallið. Það var sama hvaða lífsstílsbreytingu þeir þurftu að gera: hjartaáfallið varð til þess að þeir hættu að reykja, fóru að hreyfa sig, pössuðu mataræðið eða drógu úr streitubáttum. Þetta rímar við rannsóknarniðurstöður Junehag og félaga (2014). Það sem er athyglisvert við okkar niðurstöður er að í flestum tilvikum kom vendipunkturinn strax, en ekki þegar lengra leið frá áfallinu. Því má ætla að hjúkrunarfræðingar verði að nota tímann vel rétt eftir hjartaáfallið til að fræða um lífsstílsbreytingar þar sem einstaklingarnir virðast vera móttækilegastir fyrir breytingum þá. Í rannsókn Peterson og félaga (2010) (N=61) með blandaðri aðferð náðu einungis 52% að breyta lífsstíl eftir hjartaáfallið og niðurstöður úr meginlegri rannsókn Mosleh og Darawad (2015) (N=254) sýndu líka að erfiðlega getur gengið að breyta lífsstíl því eftir hjartaáfallið reyktu enn 30% og einungis 34% hreyfðu sig eins og mælt var með.

Margþætt einkenni hjartaáfallsins

Fæstir þátttakenda fengu brjóstverk en brjóstverkur er hefðbundið einkenni hjartaáfalls. Í ástralskri rannsókn Coventry og félaga (2015) kom fram að af 382 sjúklingum, sem greindust með hjartaáfall, voru 26% greindir án þess að hafa fengið brjóstverk. Rannsókn Kastner og Lemke (2013) sýndi að heilbrigðisstarfsfólk hefur tilhneigingu til að einblína á hin klassísku einkenni þegar sjúklingur kemur á bráðadeildir og horfi fram hjá öðrum einkennum. Ástæðuna telja þeir að sjúklingarnir hafi ekki einkennin sem heilbrigðisstarfsfólk reikni með að komi fram við hjartaáfall og sjúkdómsgreini því ekki rétt. Brýnt er að heilbrigðisstarfsfólk sem og almenningur sé vakandi fyrir minna þekktum einkennum. Í eigindlegri rannsókn Svavarsdóttur og félaga (2016a) vildu hjartasjúklingarnir 17 að heilbrigðisstarfsfólk fræddi þá um líkamleg og andleg einkenni sem þeir höfðu reynt, en einnig um starfssemi hjartans og bentu á að not á fjölbreyttu fræðslufni yki gagnsemi fræðslunnar.

Styrkur og takmarkanir rannsóknarinnar

Rannsóknin veitir nýja innsýn í reynslu yngri Íslendinga sem hafa fengið hjartaáfall og sú innsýn getur bætt þjónustu við þennan aldurshóp. Auglýst var eftir þátttakendum. Sjónarmið þeirra sem treystu sér ekki til að taka þátt í rannsókninni koma því ekki fram. Varast ber að alhæfa út frá rannsóknarniðurstöðum.

Réttmæti og áreiðanleiki

Beinar tilvitnanir í orð þátttakenda eru notaðar til að sýna fram á að orð þátttakenda eru á bak við þemun en ekki hugur rannsakenda. Staðfesting frá öllum þátttakendum um að persónuleg reynsla þeirra væri rétt túlkuð (þrep 7) eykur trúverðuleika rannsóknarinnar og staðfesting frá tveimur þátttakendum um að heildarreynslan að fá hjartaáfall svo ungur sé rétt túlkuð (þrep 11) eykur jafnframt trúverðuleika hennar.

Heimildir

- Allsén, P., Brink, E., og Persson, L. O. (2008). Patient's illness perceptions four months after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 25–33, doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02136.x.
- Alvarenga, M. E., og Byrne, D. (2016). *Handbook of psychocardiology*. Singapur: Springer Science.
- Andersson, E. K., Borglin, G., og Willman, A. (2013). The experience of younger adults following myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 23(6), 762–772, doi: 10.1177/1049732313482049.
- Arnold, S. V., Smolderen, G. K., Buchanan, D. M., og Spertus, J. A. (2012). Perceived stress in myocardial infarction: Long-term mortality and health status outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), 1756–1763, doi: 10.1016/j.jacc.2012.06.044.
- Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., og Gerber, Y. (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 310–321, doi: 10.1007/s12160-013-9509-3.
- Björn Jakob Magnússon, Uggi Agnarsson, Þórarinn Guðnason og Guðmundur Þorgeirsson. (2017). Brátt hjartadrep á Íslandi í fertugum og yngri 2005–2009: Samanburður við tímabilið 1980–1984. *Læknablaðið*, 103(1), 11–15, doi: 10.17992/lbl.2017.01.115.
- Chung, M. C., Berger, Z., og Rudd, H. (2008). Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 55–64, doi: 10.1016/j.comppsy.2007.0.003.
- Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum*, 44, 25–36, doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x.
- Coventry, L. L., Bremner, A. P., Williams, T. A., Celenza, A., Jacobs, I. G., og Finn, J. (2015). Characteristics and outcomes of MI patients with and without chest pain: A cohort study. *Heart, Lung and Circulation*, 24(8), 796–805.
- Dowling, M., og Cooney, A. (2012). Research approaches related to phenomenology: Negotiating a complex landscape. *Nurse Researcher*, 20(2), 21–27, doi: 10.7748/nr2012.11.20.2.21.c9440.
- Fälun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., og Norekvål, T. M. (2015). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1–9, doi: 10.1177/1474515115614712.
- Juneag, L., Asplund, K., og Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, life-style and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 289–296, doi: 10.1111/scs.12058.
- Karl Kristjánsson, Þórunn Guðmundsdóttir og Magnús R. Jónsson (2007). Algengi, greining og meðferð þunglyndis og kvíða sjúklinga í hjartaendurhæfingu. *Læknablaðið*, 93(12), 841–846.

- Kastner, J., og Lemke, H. (2013). Factors that can contribute to delays in the diagnosis of acute MI. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(4), 16–20.
- Larsen, P. D. (2009). Illness behavior. Í I. M. Lubkin og P. D. Larsen (ritstjórar), *Chronic illness: Impact and interventions* (bls. 25–41). Ontario: Jones and Bartlett.
- Lavie, C. J., og Milani, R. V. (2006). Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Internal Medicine*, 166, 1878–1883, doi: 10.1001/archinte.166.17.1878.
- Mathews, R., Wang, T. Y., Honeycutt, E., Henry, T. D., Zettler, M., Chang, M., ... Peterson, D. E. (2015). Persistence with secondary prevention medications after acute myocardial infarction: Insights from the TRANSLATE-ACS study. *American Heart Journal*, 170(1), 62–69, doi:10.1016/j.ahj.2015.03.019.
- Mosleh, S. M., og Darawad, M. (2015). Patients adherence to health behavior in coronary heart disease: Risk factor management among Jordanian patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6), 471–478, doi:10.1097/JCN.0000000000000189.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. (2016). Executive summary: Heart disease and stroke statistics—2016 update. *Journal of the American Heart Association*, 133, 447–454, doi: 10.1161/CIR.0000000000000366.
- Perk, J., Backer, G. D., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, W. M. M., ... Baigent, C. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, 33, 1635–1701, doi:10.1093/eurheartj/ehs092.
- Peterson, J. C., Allegrante, J. P., Pirraglia, P. A., Robbins, L., Lane, P., Boschert, K. A., og Charlson, M. E. (2010). Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(2), 105–115, doi:10.1016/j.hrtlng.2009.06.017.
- Salminen-Tuomaala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M., og Paavilainen, E. (2012). Coping experiences: A pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction. A grounded theory approach. *Nursing Research and Practice*, 1, 1–10, doi.org/10.1155/2012/674783.
- Shah, N., Kelly, A. M., Cox, N., Wong, C., Soon, K. (2016). Myocardial infarction in the „young“: Risk factors, presentation, management and prognosis. *Heart, Lung and Circulation*, 25(10), 955–960, doi.org/10.1016/j.hlc.2016.04.015.
- Sigríður Halldórsdóttir (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281–297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinnsson (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71–88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurdardóttir, A. K., Sigurlasdóttir, K., Ólafsson, K., og Svavarsdóttir, M. H. (2017). Perceived consequences, changeability and personal control of coronary heart disease are associated with health-related quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3636–3645, doi: 10.1111/jocn.13734.
- Spiegelberg, H. (1984). *The phenomenological movement: A historical introduction* (3. útg.). Haag: Martinus Nijhoff.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., og Steinsbekk, A. (2016a). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 513–521, doi: 10.1177/1474515115618569.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., og Steinsbekk, A. (2016b). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55–63, doi: 10.1177/1474515114551123.
- Tómas Guðbjartsson, Karl Andersen, Ragnar Danielsen, Arnar Geirsson og Guðmundur Þorgeirsson (2014). Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóm — fyrri hluti: Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar. *Læknablaðið*, 100, 667–676.
- Yammine, L., og Frazier, L. (2013). Comparison of demographic, psychosocial, and clinical characteristics among younger and older persons with acute coronary syndrome. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 103–108, doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00779.x.
- WHO (World Health Organisation). (2014). *Global status report on noncommunicable diseases, 2014*. Genf: World Health Organisation. Sótt á vefsíðu WHO: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.

English Summary

Gestsdóttir, B., Sigurdardóttir, A.K., Halldórsdóttir, S.

Redefinition of Life and Self: The Experience of Younger People Having a Heart Attack

Background and aim: Cardiovascular diseases are the main causes of death in the world, with strong connection with unhealthy lifestyle. Myocardial infarction (MI) is most common in people's sixties or later and it is considered „young“ to have a MI in the fifties. The aim of the study was to increase knowledge and deepen the understanding of nurses and other healthcare professionals of having a MI at around fifty in order to provide better nursing care and services.

Methodology: The Vancouver School of doing phenomenology with a purposeful sampling was used. Nineteen individual interviews were conducted with 11 participants. Participants' average age was 48 years at diagnosis and six had more than one MI.

Results: *Redefinition of life and self* was the over-arching theme of the study. Everywhere the participants came they were the youngest and in many cases 20 years younger than other heart patients. Having an MI so young negatively affected the participants' self-image. Most of them experienced depression, anxiety and fear after the

MI but felt education about these difficult emotions was lacking. Almost all experienced a turning point towards a healthier lifestyle following the MI. In the first year after MI their self-image was generally to be „a heartpatient“ but as time passed their self-image changed to being healthy with this „malady“. The MI was misdiagnosed in six participants because of their young age and because they experienced lesser known symptoms such as fatigue, weakness, shortness of breath and stomach aches but not the symptoms that are most typically introduced concerning MI.

Conclusion: Having MI at a „young“ age affects people's mental health and nurses need to be alert and offer education and support. Nurses also need to be able to recognize the multiple symptoms of MI and educate people about the different symptoms.

Key words: Myocardial infarction (MI), self-image, young age, phenomenology, interviews.

Correspondent: birna.gestsdottir@hsu.is