



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

Kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt - En kvalitativ intervjustudie

Författare:

Annika Smith och Birgitta Carlsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot hjärtsjukvård - OM7820
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/År:	HT 2021 - VT 2022
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Angela Bång
Titel svensk:	Kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt – En kvalitativ intervjustudie

Titel engelsk:	Women's experiences after a myocardial infarction – A qualitative interview study
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot hjärtsjukvård – OM7820
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/År:	HT 2021 - VT 2022
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Angela Bång
Nyckelord:	Kvinnor, hjärtinfarkt, upplevelse, information, rehabilitering och personcentrerat förhållningssätt.

Sammanfattning

Bakgrund: Att drabbas av hjärtinfarkt kan vara en traumatisk upplevelse och studier har visat att kvinnor upplever en sämre livskvalitet än män. Tidigare studier har främst undersökt upplevelser hos kvinnor och män en tid efter hjärtinfarkten och hur de påverkats av den. Det saknas dock kunskap om kvinnors upplevelser av att insjukna i hjärtinfarkt i det akuta skedet på vårdavdelning.

Syfte: Syftet med studien är att belysa kvinnors upplevelse av att insjukna i hjärtinfarkt och klarlägga behov av information och åtgärder inför rehabilitering.

Metod: Kvalitativ metod med intervjuer valdes för studien och data analyserades med hjälp av innehållsanalys. Sju kvinnor, medelålder 74 år, med konstaterad hjärtinfarkt intervjuades på kardiologavdelning och på rehabiliteringen i nära anslutning till vårdtillfället från december 2021 till januari 2022.

Resultat: Tre kategorier och fem subkategorier växte fram ur data: “Att reagera på kroppsliga förändringar”. “Att känna motivation inför rehabilitering” med subkategorierna “motiverad till förändringar och rehabilitering” och “motiverad men på egna villkor”. “Att erkänna hinder” med subkategorierna “rädsla, oro och ångest” samt “otrygghet vid bristande kunskap”. Kvinnorna försökte behandla och anpassa sig efter symtomen innan de sökte vård. En positiv inställning till rehabilitering utformad efter egna behov förekom. Mycket information gavs under kort tid, vilket påverkade förutsättningarna för att ta till sig den information som förmedlades. Efter hemkomst påtalades en nytilkommen rädsla, som till viss del begränsade vardagen.

Slutsats: Kvinnorna kände sig trygga på vårdavdelningen, men det framkom en osäkerhet inför hemgång. Examensarbetet indikerar att individanpassad information och en individanpassad rehabiliteringsplan, samt återkoppling är betydelsefullt. Tydlig information om vem som kan kontaktas efter hemkomst är viktigt för tryggheten. Fler studier med större urval behövs om kvinnors upplevelser av att insjukna i hjärtinfarkt.

Nyckelord: Kvinnor, upplevelse, hjärtinfarkt, information, rehabilitering och personcentrerat förhållningssätt.

Abstract

Background: Suffering a myocardial infarction can be a traumatic experience and studies have shown that women experience a poorer quality of life than men. Previous studies have mainly investigated experiences in women and men some time after the myocardial infarction and how they have been affected by it. There is a lack of knowledge about women's experiences of falling ill with a myocardial infarction in the acute phase on ward.

Aim: The aim of the study is to shed light on women's experience of having a myocardial infarction and to identify the need for information and measures prior to rehabilitation.

Method: Qualitative method of interviews was chosen for the study and data was analyzed using content analysis. Seven women, a mean age of 74 years, with a confirmed myocardial infarction were interviewed in the cardiology ward and at the rehabilitation in close connection with the time of care from December 2021 to January 2022.

Results: Three categories and five subcategories emerged from the data: "Responding to bodily changes". "Feeling motivated before rehabilitation" with the two subcategories "motivated for change and rehabilitation" and "motivated but on own terms". "Recognizing obstacles" with the subcategories "fear", "anxiety" and "insecurity in case of a lack of knowledge". The women tried to treat and adapt to the symptoms before they sought care. Most had a positive attitude towards rehabilitation that was tailored to their needs. There was a lot of information to absorb in a short time, which affected the conditions for absorbing the information that was conveyed. After returning home, a newfound fear was pointed out, which to some extent limited everyday life.

Conclusion: The women felt safe in the ward, but there was uncertainty about returning home. The degree project indicates that personalized information and an individualized rehabilitation plan, as well as feedback was significant. Clear information about who can be contacted after returning home is important for safety. More qualitative studies with a larger selection are needed on women's experiences of developing a myocardial infarction.

Keywords: Women, experience, myocardial infarction, information, rehabilitation and person-centered approach.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Abstract	3
Inledning	6
Bakgrund	6
Akut koronart syndrom (AKS)	6
Orsak	6
Riskfaktorer för ateroskleros och kranskärlssjukdom	7
Symtom	7
Behandling	7
Livsstil för förbättrad hjärthälsa	7
Kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt	8
Psykosocial hälsa	8
Sexuell hälsa	9
Fysisk hälsa och rehabilitering	9
Coping	10
Specialistsjuksköterskans ansvar	10
Teoretisk ram	11
Personcentrerad vård	11
Problemformulering	11
Syfte och frågeställning	12
Metod	12
Design	12
Förförståelse	12
Urval	12
Datainsamling	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska övervägande	15
Resultat	15
Att reagera på kroppsliga förändringar	16
Att känna motivation inför rehabilitering	16
Motiverad till förändringar och rehabilitering	16
Motiverad till rehabilitering men på egna villkor	17
Att erkänna hinder	17
Rädsla	17
Oro och ångest	17
Otrygghet vid bristande kunskap	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	20

	5
Slutsats	22
Klinisk tillämpning och fortsatt forskning	22
Referenser	24
Bilaga-Information till deltagare	28

Inledning

Ischemisk hjärtsjukdom var 2019 den största dödsorsaken globalt och stod för 16% av dödsfallen i världen. Globalt ses en ökning sedan 2000, men i höginkomstländer ses en minskning (1). Även i Sverige är den vanligaste dödsorsaken bland både män och kvinnor hjärt-kärlsjukdomar (2). I en metasyntes framkommer att hjärtinfarkt upplevs som något påträngande som har stor påverkan på livet. De som drabbats av hjärtinfarkt har varit med om en allvarlig, kanske traumatisk händelse och behöver omgående ta ställning till olika livsstilsförändringar. Dessutom finns ovissheten om att ändå kunna drabbas av en ny hjärtinfarkt (3). I studier framkommer att kvinnor är mer sårbara och upplever en sämre livskvalitet efter hjärtinfarkten än män. Tidigare svenska studier som vi har tagit del av har främst fokuserat på upplevelser en månad efter genomgången hjärtinfarkt och senare, men inte i lika stor utsträckning från det akuta skedet på vårdavdelning.

Vi upplever på vårdavdelningen att kvinnor kan känna oro, rädsla och ibland också en ambivalens inför hemgång. De kvinnor som är i arbetsför ålder upplevs ofta stressade inför återgång till arbetet och vill vanligtvis hem ganska snart. Vårdtiden är dessutom ofta relativt kort. En kort och intensiv vårdtid kan innebära svårigheter med att hinna ta till sig all information som ges. Vi har valt att undersöka kvinnors upplevelser av att insjukna i hjärtinfarkt i det akuta skedet för att fånga upp deras tankar kring sin situation. En större medvetenhet om deras upplevelser kan ge oss bättre förutsättningar att förbättra vården och rehabiliteringen för kvinnor.

Bakgrund

Akut koronart syndrom (AKS)

Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, trots att incidens och mortalitet minskat under 2000-talet. År 2020 drabbades cirka 22 200 personer av akut hjärtinfarkt i Sverige varav ca 4 800 avled (4). Tidig diagnostik och behandling av hjärtinfarkt, samt förbättrad behandling av riskfaktorer är bidragande orsaker till den positiva utvecklingen (5).

Orsak

Bakomliggande orsak till AKS är oftast ateroskleros. Ateroskleros utvecklas under flera år och drabbar främst stora och medelstora artärer som t.ex koronarartärer. En inlagring av lipider och inflammatoriska celler i kärlväggen bildar med tiden plack. Dessa plack kan skapa förträngningar i kranskärlen, varvid närings- och syrebrist, ischemi, kan uppstå i situationer då hjärtat har ett ökat syrebehov, vilket benämns som angina pectoris. Plack kan rupturera eller ulcerera varvid en trombos bildas som kan ockludera artären helt eller delvis.

Akut koronart syndrom innefattar ST-höjningsinfarkt (STEMI), icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) och instabil angina. Vid STEMI är ett av hjärtats större kranskärl helt ockluderat, vilket leder till ischemi i området som kärlet försörjer. Inom några minuter påbörjas en cellnekros i hjärtat. Tillståndet är akut och kan leda till livshotande arytmier och plötsligt hjärtstopp. Ju längre tid kärlet är ockluderat desto större blir skadan på hjärtat och risken för mortalitet ökar. Vid NSTEMI ockluderas en artär delvis eller drabbas tillfälligt av ocklusion, varvid ischemi uppstår i området. Om kollateralkärl finns kan skadan bli mindre omfattande, vilket gäller även vid STEMI (6). Vid instabil angina kan en tillfällig ocklusion finnas, men

ingen akut myokardskada som vid STEMI eller NSTEMI förekommer och mortalitetsrisken är betydligt lägre (7).

Riskfaktorer för ateroskleros och kranskärlssjukdom

Riskfaktorer för att utveckla ateroskleros är förhöjda blodfetter, framförallt LDL, högt blodtryck, rökning, diabetes och ärftlighet. Ålder är den största riskfaktorn för att drabbas av kranskärlssjukdom (8). Fler män insjuknar i akut hjärtinfarkt och vanligtvis insjuknar kvinnor 7-10 år senare än männen. En orsak till senare insjuknande hos kvinnor kan vara hormonet östrogen, som har en skyddande funktion (5). Övervikt (speciellt bukfetma), psykosocial stress och obstruktiv sömnapné är ytterligare riskfaktorer för kranskärlssjukdom (8). Mortaliteten är också högre bland lågutbildade (4).

Symtom

Vanliga symtom vid hjärtinfarkt kan vara central bröstsmärta med eller utan utstrålning mot armar, bak mot rygg, upp mot hals och käkar (6). Tryck över bröstet, dyspné, illamående och kräkningar, samt kallsvettning kan vara ytterligare symtom, även uttalad trötthet (6). Kvinnor kan oftare än män ha mer diffusa symtom som dyspné, palpitationer, yrsel, stark ångestkänsla, smärta i epigastriet, smärta i käke eller axel, influensaliknande symtom och uttalad trötthet (9).

Behandling

Tidig diagnostik, medicinsk behandling samt intervention vid AKS är avgörande för överlevnad och för att minska skadan på hjärtat (6).

Behandlingsalternativ vid hjärtinfarkt är percutan coronar intervention (PCI), coronary artery bypass grafting (CABG) eller konservativ behandling endast med läkemedel (8). PCI är förstahandsvalet vid STEMI. Målet är att påbörja PCI inom 90 minuter. Fibrinolys kan övervägas t.ex när det är längre transporttid till sjukhus som genomför PCI och vid en fördröjning av PCI >120 minuter. Behandlingen kan sedan följas av PCI (5).

Vid misstänkt AKS och i väntan på koronarangiografi med efterföljande PCI eller CABG, påbörjas behandling med antitrombotiska läkemedel, trombocythämmare, statiner och betablockerare (7).

Livsstil för förbättrad hjärthälsa

God hälsa innebär en hälsosam livsstil för att minska morbiditet och mortalitet (8).

Riskfaktorer för uppkomst av kranskärlssjukdom kan påverkas genom livsstilen i form av fysisk aktivitet, kost, alkoholvanor och rökning (8). Guidelines rekommendationer är fysisk aktivitet med måttlig ansträngning 150-300 minuter per vecka eller intensiv träning 75-150 min per vecka, för att minska risken för kardiovaskulär sjukdom. För vuxna som inte har möjligheten att träna är rekommendationen att vara aktiv efter förmåga. Den kost som rekommenderas är medelhavskost, vilket innebär ett stort intag av frukt och grönsaker, fiberrik kost, fisk, olivolja och en lägre konsumtion av rött kött och mättade fetter. Minskat saltintag och likaså minskat intag av socker är också viktigt. Mängden alkoholhaltiga drycker som rekommenderas per vecka är exempelvis, max nio standardglas vin för kvinnor och 14 standardglas vin för män. Även rökstopp förordas (8).

Välbefinnande och lidande är något individuellt för varje människa, där händelser i livet upplevs olika. Sjukdom och ohälsa kan orsaka lidande och en känsla av kontrollförlust. För

att hjälpa patienten att försöka förstå sin situation och om möjligt lindra lidandet behöver sjuksköterskan bekräfta patientens lidande och stötta genom att vara närvarande (10). Hälsa kan ses utifrån dimensionerna fysisk hälsa, psykisk hälsa, social hälsa, existentiell/andlig hälsa och sexuell hälsa (11). Den fysiska hälsan utgår från kroppens välmående och hur kroppen fungerar gällande exempelvis kondition, styrka och rörlighet. Psykisk hälsa, även kallad den mentala hälsan, innebär att finna en mental balans vilket kan påverkas av olika situationer och vilken inställning individen har. Social hälsa är också viktigt för välmåendet och utgår från individens sociala nätverk, trygghet, relationer och samspel med andra människor. Existentiell/andlig hälsa handlar om vår uppfattning om meningen med livet (11).

Examensarbetet skildrar olika aspekter av fysisk, psykisk, social och sexuell hälsa för att beskriva kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt. Den psykiska och den sociala hälsan är sammanslagna till psykosocial hälsa i examensarbetet.

Kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt

Tidigare studier har visat att kvinnor upplever sig som mer sårbara än män efter en hjärtinfarkt (12,13,14). Det framkommer också att kvinnor upplever en sämre livskvalitet, både fysiskt och psykiskt, än män (13,14,15,16,17,18,19).

Psykosocial hälsa

Rädslan för en ny hjärtinfarkt är påtaglig (3,13) men det förekommer också en rädsla för att drabbas av en annan allvarlig sjukdom, som till exempel stroke (12). Osäkerhet och oro över vad de vågar göra efter insjuknandet begränsar tillvaron (13,14). Junehag et al. belyser kvinnornas upplevelser av ångest och rädsla som kan påverka den psykosociala situationen med att umgås med vänner och att utföra vardagliga sysslor (20). Trötthet och utmattningsskänslor, fatigue, kan förekomma hos både män och kvinnor efter hjärtinfarkt och upplevs som ett stort hinder (3,13,15,17,21). Bröstmärta, andfåddhet, nedstämdhet, oro och ångest upplevs i högre grad av kvinnor och symtomen kan vara svåra att tolka (13,15,17,19,22). Rädslan för ny hjärtinfarkt kan leda till upprepade sjukhusbesök. Känslan av att inte alltid bli tagen på allvar när kvinnorna återigen söker vård, i kombination med otillräcklig information om hjärtinfarkt, ökar osäkerheten och rädslan (13,14,23). I en metasyntes framkommer att atypiska symtom för hjärtinfarkt kan leda till att både kvinnor och vårdpersonal kan misstolka symtomen, vilket kan leda till en fördröjd vårdkontakt eller behandling (14). Flera studier belyser problemet med att kvinnor inte vill oroa eller störa sina anhöriga och därför tenderar att minimera sina symtom och undviker att prata om sin oro, ångest och rädsla (12,14,23,24). Begränsningar i vardagen till följd av hjärtinfarkten, såsom olika återkommande symtom eller biverkningar från läkemedel, kan vara svåra att acceptera (3).

Enligt tidigare studier är hög stress förknippat med en sämre prognos och återhämtning efter hjärtinfarkt (16). Studier har visat att kvinnor upplever högre stress än män, vilket kan orsakas av faktorer som ekonomiska svårigheter, familjekonflikter, omhändertagande av familjemedlemmar och mer samsjuklighet (12,16). Rädsla, oro och behov av anpassade livsstilsförändringar efter hjärtinfarkten kan ge en minskad kontroll över kroppen, vilket kan resultera i tilltagande stress (12,16,25). Begränsningar av att inte ha samma kapacitet att orka och hinna med i samma utsträckning som innan kan vara stressande, där både upplevda krav från omgivningen och egna krav kan bidra till ökad stress. En del kvinnor upplever en stress över att inte få den hjälp och stöd de behöver med exempelvis hushållssysslor, medan andra

kan ha svårt att släppa kontrollen och lämna över ansvaret till någon annan, t.ex sin partner. Kvinnor tenderar även att förminska allvaret av hjärtinfarkten och kan uppleva skuld känslor över att inte orka med (12,14,21,26). Det sociala nätverket och stöd från familj och vänner är viktigt, men överbeskyddande närstående kan också begränsa tillvaron och ge upplevda känslor av att bli behandlad som ett barn (3,18,26). Samtidigt som kvinnor ger uttryck för att vilja återgå till det normala och komma tillbaka till arbetet (18), känner många en stress över att sakna ekonomisk möjlighet till att vara hemma längre. Att arbeta deltid efter hjärtinfarkten kan också ge möjlighet till bättre återhämtning (12,13,16).

Sexuell hälsa

Den sexuella hälsan kan också påverkas av hjärtinfarkten. Tidigare studier har visat att sexuell dysfunktion har en negativ påverkan på livskvaliteten och förknippas med ångest och depression. Fatigue, oro och rädsla för en ny hjärtinfarkt påverkar sexuallivet, där vaksamhet för olika symtom kan leda till minskad sexuell njutning och minskad sexuell aktivitet. Kvinnor kan uppleva en minskad lust och istället känna ett större behov av närhet och ömhet, vilket kan vara svårt att prata med sin partner om (27). Studier visar att kvinnor sällan erhåller information om sexuell aktivitet före utskrivning och att de inte vågar fråga då det upplevs som för personligt (28). Vikten av information och stöd beträffande sexuallivet efter hjärtinfarkten påtalas och behövs i större utsträckning. I studier framhävs en önskan om att bli tillfrågad om samtal och information och att partnern deltar i samtalen (27,29).

Fysisk hälsa och rehabilitering

En nypublicerad metasyntes vid akut hjärtinfarkt där övervägande studier är från Sverige, med 48% kvinnor, visade att svårigheten för deltagarna var att ta till sig sitt hälsoproblem. Att inte förstå sin nya situation gjorde det svårare att få en förståelse för och finna motivation till livsstilsförändringar. Deltagarna fick inte klara svar på om de livsstilsförändringar som hälsosammare kost och bättre träning skulle förhindra en ny hjärtinfarkt. Eftersom de kände sig osäkra i sin nya situation efter sin hjärtinfarkt blev det svårare att utföra de olika livsstilsförändringarna (3). I en annan metasyntes med bara kvinnor framkommer det att de var tvungna att få kontroll över sin nya situation innan de kunde acceptera och införliva livsstilsförändringar, samtidigt som de ville hitta tillbaka till livet de hade innan. Dessutom upplevde flertalet kvinnor att den information de fick inte utgick från deras behov (14).

Medelvårdtiden vid okomplicerad hjärtinfarkt utan kardiovaskulära komplikationer var i Sverige år 2013 3,2 dagar (31). Studier visar betydelsen av att fånga upp patientens behov av att få individanpassad information (13,21,25), vilket kan vara avgörande för återhämtningen, där uppföljning efter en hjärtinfarkt är grundläggande (20). I en studie av White et al. framkommer det att patienter som är drabbade av hjärtinfarkt mår sämre efter hemkomst med symtom som rädsla, oro och ångest, vilket påvisar att stöd och återkoppling från sjukvården är betydelsefull (24). Deltagande i strukturerat hjärtrehabiliteringsprogram är rekommenderat efter en hjärtinfarkt, för en förbättrad hälsa och för att förebygga en ny hjärtinfarkt (8). Förbättrad hälsa minskar sjukhusinläggningar och dödlighet. Hjärtrehabilitering är en multidisciplinär intervention som förutom anpassad träning och rådgivning också innefattar utbildning om kost- och motion, erbjudande om hjälp till rökavvänjning och psykosocialt stöd (8). Kvinnor saknar bra information om hjärtrehabilitering och upplever att informationen är mer inriktad på män (14). Hjärtrehabilitering anses hos deltagande kvinnor vara viktig för återhämtning efter en hjärtinfarkt och för att bibehålla livsstilsförändringar (18,21). Trots det visar studier att färre kvinnor än män deltar i hjärtrehabiliteringsprogram (18). Studier visar också att kvinnor vill ha specifika kvinnliga grupper (12,21) och att de

som har haft möjlighet att delta i grupper enbart för kvinnor har upplevt det som positivt (13). Hjärtrehabilitering där partnern deltar och får en insikt om vanligt förekommande känslor hos kvinnor efter en hjärtinfarkt är värdefullt (18). Upplevelser kan delas med andra i samma situation i rehabiliteringsgruppen (13,18,21) och gemensam träning med fysioterapeut skapar en trygghet till att våga träna (18). Fysisk aktivitet hos kvinnor med genomgången hjärtinfarkt ses tydligt bidra till ökad livskvalité, där även en låg nivå av fysisk aktivitet har en positiv inverkan. Ökat välmående påverkar också benägenheten att förändra levnadsvanor (19).

Patienter känner sig tryggare om det finns möjlighet till telefonkontakt efter utskrivning, (18,20) men det framkommer att det finns en osäkerhet om vem som kan kontaktas när frågor och problem uppstår efter sjukhusvistelsen (26). Studier visar också att kvinnor uttrycker ett behov av fortsatt stöd och kontakt med sjukvården mer än ett år efter hjärtinfarkten. Stöd önskas under längre tid för att genomföra och bibehålla livsstilsförändringar (13).

Coping

Välmående förknippas med god självkänsla och hälsa enligt Fuochi et al (30). Efter en hjärtinfarkt kan olika copingstrategier användas för att uppnå detta (30). Copingstrategier med positiv inriktning, såsom att ta sig an problem genom att söka information, inta en positiv attityd, ta emot socialt stöd och acceptera situationen är positivt för hälsan. Negativa copingstrategier där individen undviker problemet genom att inte söka information, i kombination med ett svagt socialt stöd, kan i stället ge en försämrad hälsa (30). White et al. visar att kvinnor är benägna att utforma copingstrategier för att undvika det negativa efter en hjärtinfarkt genom att fokusera på det positiva och därmed inte uppmärksammar viktiga symtom (24).

Specialistsjuksköterskans ansvar

Hälso- och sjukvårdslagen 3:e kapitlet Allmänt 1§: ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (32). Enligt patientlagen ska patienten erhålla information om sitt hälsotillstånd och den vård som finns, samt vara delaktig i sin vård (33). Specialistsjuksköterskan måste tillämpa senaste vetenskapliga kunskap och beprövad erfarenhet för att kunna erbjuda en god och evidensbaserad vård, utifrån patientens förutsättningar och preferenser (34). Såväl i patientnära arbete som i forskning måste specialistsjuksköterskan också arbeta utifrån en etisk medvetenhet, som är vägledande för god omvårdnad oberoende av ursprungsland och dess lagar (35). Trots lag och etik om jämlik vård framkommer det att kvinnor mår sämre och upplever en lägre livskvalitet än män efter en hjärtinfarkt (13,14,15,16,17,18,19). Enligt guidelines har hjärtrehabilitering den högsta rekommendationsgraden. Detta till följd av att prevention och hjärtrehabiliteringsprogram minskar antalet kardiovaskulära sjukhusinläggningar, hjärtinfarkter, kardiovaskulära dödsfall och kan också minska depression- och ångestsymtom (8). Det åligger specialistsjuksköterskan att arbeta förebyggande med sekundärprevention enligt guidelines (8) på lika villkor för alla patienter (32). Trots detta framkommer en upplevelse hos kvinnor att hjärtrehabiliteringen är mer inriktad på män (14) och färre kvinnor deltar i hjärtrehabilitering (8).

Teoretisk ram

I examensarbetet valdes personcentrerat förhållningssätt då utgångspunkten är berättelsen om kvinnornas upplevelse av sin hjärtinfarkt. I ett personcentrerat förhållningssätt är berättelsen det centrala, i kombination med de medicinska resultaten. Etiken är grundläggande och autonomi måste tas i beaktande (36). Utifrån förhållningssättet kan kvinnornas unika behov uppmärksammas för att klarlägga behovet av information och åtgärder inför rehabilitering. Därigenom finns bättre förutsättningar för att uppnå bästa hälsa för den enskilda kvinnan. För att uppnå bästa möjliga vård för individen ses personcentrerad vård (PCV) som ett värdefullt förhållningssätt, där man sätter personen i centrum genom hela vårdprocessen (36). Personcentrerad vård ingår i specialistsjuksköterskans kärnkompetens (37).

Personcentrerad vård

PCV är ett samspel mellan patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen (38). Begreppet innefattar jämlik vård, mänskliga rättigheter, autonomi och etik. Utgångspunkten är berättelsen och utifrån den kan en individanpassad plan upprättas, som baseras på de undersökningar och eventuella behandlingar som patienter ska genomgå. För en optimal PCV där patienten känner sig trygg och säker, krävs en ömsesidig tilltro mellan patient och sjukvårdspersonal. Med PCV finns det belägg för en tryggare patient och färre komplikationer (36). Som specialistsjuksköterskor ska vi ge vård till patienten utifrån vårdtagarens förutsättningar, baserat på en vetenskaplig grund (8). Patienten har rätt att säga nej till behandlingar (32), som t.ex hjärtrehabilitering. Detta sker utifrån patientens önskan, men under förutsättning att innebörden och konsekvensen av beslutet har uppfattats av patienten (39). Därför gäller det att lyssna in patienten, ge den tid som krävs, ge patienten möjlighet till sin berättelse och bli bekräftad för den personen är. Det bör informeras om att teamarbete erbjuds genom de olika professionerna på sjukhuset och att anhöriga är välkomna att delta i patientens vård om så önskas. Partnerskapet är oerhört viktigt för att få patientens förtroende och för patientens tillfrisknande (36). För att patienten ska kunna ta till sig den kunskap som ges och för att kunna vara delaktig och påverka sin egen hälsa, krävs att patienten har förstått informationen (39).

Fors et al. har i sin studie, där författarna har fokuserat på personcentrerat förhållningssätt på rehabilitering efter AKS, sett att hälsoeffekten var positiv. Dessa positiva effekter innefattar en förbättrad livskvalité samt en ökad tilltro till sin egen förmåga. Dessutom framkom att patienter i högre utsträckning återgick till arbetet och att den fysiska aktiviteten både ökade och gav bättre effekt (40).

Problemformulering

Kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt har i studier visat sig lida av oro, ångest och rädsla för en ny hjärtinfarkt och det framkommer en osäkerhet över vad de vågar och kan göra efter insjuknandet. Symtom som bröstsmärta och andfåddhet är vanligt förekommande och har liksom stress en negativ påverkan på hälsan. Copingstrategier används för att hantera olika symtom för att må bättre, vilket kan leda till fördröjd vårdkontakt. Studier belyser också vikten av att i tidigt skede under sjukhusvistelsen erhålla kunskap om att psykiska reaktioner är normala efter en hjärtinfarkt. Det har dessutom framkommit att det finns en bristande kunskap hos kvinnorna kring hjärtinfarkt, dess behandling och eftervård. Tidigare studier har undersökt kvinnors upplevelser främst en månad efter hjärtinfarkten och senare, men det saknas kunskap om upplevelsorna av att insjukna i hjärtinfarkt i det akuta skedet på

vårdavdelning. För att få en bättre förståelse av kvinnornas tankar kring sin situation och de behov som finns behövs fler kvalitativa studier under slutenvårdstiden och i nära anslutning till utskrivningen. Uppmärksammade upplevelser och behov där anpassade åtgärder kan vidtas, kan skapa bättre förutsättningar för trygghet, ökad kunskap hos kvinnorna, adekvat uppföljning och rehabilitering, samt ökat välmående.

Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att belysa kvinnors upplevelse av att insjukna i hjärtinfarkt och att klarlägga behov av information och åtgärder inför rehabilitering.

Metod

Design

För att få en ökad förståelse om kvinnors upplevelser av att insjukna i hjärtinfarkt valdes en kvalitativ design (41).

Förförståelse

I kvalitativ intervju metod sker dataproduktion i mötet med intervju personen, där forskaren är instrumentet (41). Det är viktigt att vara medveten om att data som erhålls påverkas av det egna förhållningssättet och förförståelsen vilket beror på tidigare erfarenheter och den värdegrund individen besitter. Förförståelsen får inte påverka tolkning och analys av data (41). Författarna till examensarbetet har drygt 20-års erfarenhet som sjuksköterskor inom kardiologi. Förförståelse hos författarna var att kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt kan känna oro, rädsla och ibland också en ambivalens inför hemgång. Författarna har också en förförståelse om att kvinnor inte deltar i rehabilitering i den utsträckning som vore önskvärt, vilket också bekräftas i guidelines (8). Förförståelsen är följaktligen att en större medvetenhet om kvinnors upplevelser kan ge oss bättre förutsättningar att förbättra vården och rehabiliteringen för dem.

Urval

Inklusionskriterierna var kvinnor 18-80 år med en konstaterad hjärtinfarkt. Kvinnorna vårdades inlagda på en medicinsk vårdavdelning på Sjukhusen i Väster, eller var på återbesök hos fysioterapeut inom 3 veckor efter utskrivning. Kvinnorna behövde dessutom förstå och kunna uttrycka sig på svenska. I studien användes ändamålsenligt urval (41), där strävan har varit att få en spridning gällande ålder och sociala förhållanden för att erhålla variationsrik data från intervjuer. Sju kvinnor intervjuades under sex veckor mellan december 2021 till januari 2022. Totalt nio kvinnor tillfrågades om deltagande i studien. En kvinna tackade nej och en annan kvinna blev förvirrad efter PCI och kunde därmed inte inkluderas.

Tabell 1. Kvinnor som medverkat i studien

Intervjuperson (IP)	Ålder	Civilstånd	Barn	Yrke
1	74	Sambo	Ja	Tidigare idrottslärare och simlärare
2	76	Änka	Ja	Tidigare florist och kallskänka
3	77	Gift	Ja	Tidigare dagbarnvårdare
4	78	Gift	Ja	Tidigare dagbarnvårdare arbetat i bar
5	80	Ogift	Nej	Tidigare städerska
6	78	Skild	Ja	Tidigare konditor
7	56	Sambo	Ja	Projektledare inom byggbranschen

Datainsamling

Kvinnorna tillfrågades av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan på avdelningen om de ville delta i studien. Om intresse fanns fick de skriftlig information om studien att läsa igenom under dagen. Informationen finns som bilaga i examensarbetet. De som ville delta kontaktades av författarna för ytterligare muntlig presentation av studien, där eventuella frågor besvarades. Kvinnorna intervjuades enskilt i ett rum på sjukhuset. I samråd med kvinnorna beslutades var den fysiska platsen för intervjun skulle äga rum. De som befann sig på återbesök på rehabiliteringen intervjuades ostört i ett av rummen där. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga. "Kan du berätta om din upplevelse av att få en hjärtinfarkt?" Klargörande följdfrågor ställdes utifrån det som framkom i patientberättelsen. Tidsåtgången för intervjuerna var 30-45 min. Diktafon och dator användes för ljudinspelning. Intervjuerna utfördes gemensamt av studieansvariga, då syftet var att fånga in även den icke-verbala kommunikationen för en mer tillförlitlig tolkning av patientens berättelse (41). För att få en djupare tolkning av analysen, utfördes noteringar kontinuerligt under intervjun där kroppsspråk och känslomässiga uttryck observerades. I nära anslutning till avslutad intervju utfördes transkribering för att inte missa viktiga iakttagelser.

Dataanalys

För att analysera intervjudata valdes induktiv ansats med kvalitativ innehållsanalys som inspirerats av Graneheim och Lundman (42). I första steget transkriberades intervjuerna. Därefter lyssnades intervjuerna igenom vid upprepade tillfällen av båda studieansvariga för att få en känsla för innehållet och för att inte gå miste om viktig information. Intervjuerna tolkades gemensamt av båda författarna. För att undvika förutfattade meningar har intervjudata analyserats med ett öppet sinne. I nästa steg togs meningsbärande enheter ut ur texten och texten kortades ner, utan att förlora viktigt innehåll, till kondenserade meningsbärande enheter. Därefter kodades de kondenserade meningsbärande enheterna. Koderna sorterades in i olika subkategorier baserat på likheter och olikheter i innehållet. Av de 5 olika subkategorierna som togs ut bildades 3 kategorier. Dataanalysprocessen kan läsas i tabell 2

Tabell 2. Exempel på analysprocessen utifrån de olika kategorierna

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Kod	Subkategori	Kategori
Började lite lätt i bröstet och det blev sedan värre. Utstrålning i båda armarna och jätteont i halsen. Tog 2 Alvedon och somnade.	Bröstmärta med utstrålning. Tog 2 Alvedon och somnade.	Självmedicinering för att hantera smärta.		Att reagera på kroppsliga förändringar
Jag vill komma igång med livsstilsförändringar och rehabilitering omgående.	Vill inte vänta med rehabilitering.	Snabb rehabilitering.	Motiverad till förändringar och rehabilitering	Att känna motivation inför rehabilitering
Covid-situationen oroar mig... jag vet inte om jag vågar gå på rehabilitering, men det kanske går att träna hemma. Jag vill sköta mig själv på samma sätt som jag alltid har gjort. Vill inte ta mig in till stan för att gå till mottagningen.	Tveksam till att delta i grupp-rehabilitering p.g.a covid. Jag klarar mig gärna själv. Vill inte åka in till stan.	Alternativ rehabträning Vill fortsätta mitt liv som tidigare	Motiverad men på egna villkor	
Rädslan påverkar vardagen och jag är mer försiktig nu. Går inte så långt, provar mig fram.	Rädslan påverkar mig. Jag är mer försiktig vid ansträngning.	Rädslan skapar en osäkerhet.	Rädsla	Att erkänna hinder
Jag är väldigt bekymrad över min man och hur han ska klara sig, men inte över mig själv.	Jag är bekymrad över min man.	Oro över anhörig.	Oro och ångest	

Vet inte vart jag ska vända mig efter utskrivning, men många har pratat med mig under kort tid.	Många har pratat med mig, men jag saknar kontaktuppgifter.	Brist på kunskap.	Otrygghet vid bristande kunskap	
Jag önskar en individuell "mall" att följa så jag vet vad jag ska göra och inte missar något.	För att inte missa något önskar jag en individuell plan.	Trygghet av individanpassad plan och information.		

Forskningsetiska övervägande

Inom forskning är etiska överväganden ett måste för att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet (43). Examensarbetets utformning godkändes av etikgruppen vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. Godkännande för intervjuer erhöles även från verksamhetschef och avdelningschef från respektive sjukhus. Potentiella kvinnor tillfrågades om medverkan i studien av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. För att undvika påverkan i beslutsfattandet om att delta eller ej tillfrågades de inte av studieansvariga sjuksköterskor. Kvinnorna informerades om att deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde välja att avsluta sin medverkan, utan att det skulle påverka deras fortsatta omhändertagande. De informerades också om att studieansvariga sjuksköterskor inte skulle medverka i deras vård på avdelningen och att all data behandlades konfidentiellt. Intervjuerna tilldelades kodnummer för att kvinnorna inte skulle kunna identifieras. Ljudinspelningar förvarades i datorn med personligt lösenord och raderades efter godkännande av examensarbetet. Kodade intervjuer skrevs in och sparades i dator med personligt lösenord. Anteckningar som förts på papper under intervjuerna fördes in i ett dokument i datorn efter avslutad intervju och handskrivna anteckningar förstördes därefter. Intervju om en traumatisk eller känslomässig händelse kan väcka många tankar och känslor och kvinnorna erbjöds därför samtal med kurator eller sjukhuspräst om behov fanns.

Resultat

Intervjudata från sju kvinnor analyserades och resulterade i tre kategorier och fem subkategorier. Den första kategorin "Att reagera på kroppsliga förändringar" saknar subkategori. Den andra kategorin "Att känna motivation inför rehabilitering", har två subkategorier: "Motiverad till förändringar och rehabilitering" och "Motiverad till rehabilitering men på egna villkor". Den tredje kategorin "Att erkänna hinder" har tre subkategorier: "Rädsla", "Oro och ångest" och "Otrygghet vid bristande kunskap".

Tabell 3. Resultatets kategorier och subkategorier

Subkategori	Kategori
	Att reagera på kroppsliga förändringar
Motiverad till förändringar och rehabilitering Motiverad men på egna villkor	Att känna motivation inför rehabilitering
Rädsla Oro och ångest Otrygghet vid bristande kunskap	Att erkänna hinder

Att reagera på kroppsliga förändringar

Kvinnorna var inte beredda på att en hjärtinfarkt skulle drabba just dem. Det framkom en förvåning över vad som hade inträffat och att det var svårt att ta till sig allt. I analysen framkom också att symtom av olika slag hade funnits under en tid, men att de inte hade upplevts som så allvarliga. Obehagen var ibland diffusa varvid kvinnorna provade olika åtgärder och avvaktade effekten. Det framkom att det kunde vara svårt att skilja symtomen från sin grundsjukdom t.ex KOL. Kräkning och extrem trötthet kunde förekomma, obehagen kunde tolkas som magbesvär. Symtomen kunde också härledas till covidvaccinationen. Kvinnorna anpassade även takten eller vilade vid promenader när de upplevde bröstsmärta eller andfåddhet.

“ En annan gång släppte det med reflux-tablett ” (IP 1).

Kvinnorna behandlade också sina symtom med Alvedon eller Bamyl. I analysen framkom att kvinnorna undvek att oroas sina anhöriga och förminskade sina symtom. När symtomen blev ohanterliga tillkallades ambulans. Detta kunde dröja alltifrån någon timma till flera dagar efter symtomdebut. Vid typiska hjärtinfarktsymtom såsom bandformad bröstsmärta med utstrålning larmades ambulans omgående. När upplevelsen av smärtan var borta kändes det onödigt att åka till sjukhuset. Samtidigt förmedlades att det är oerhört viktigt att ta symtomen på allvar.

“Jag vill säga att man ska larma med en gång” (IP 3)://“Det fanns i bakhuvudet att det kunde vara en hjärtinfarkt men jag trodde det skulle gå över” (IP 6).

Kvinnorna upplevde sig innan hjärtinfarkten som friska och starka individer och när de väl hade fått diagnosen hjärtinfarkt kändes det överkligt. Att bli inlagd på sjukhus och få rollen som patient upplevdes som nytt och främmande. Generellt mätte de bra efter den akuta behandlingen på sjukhuset och tyckte det var svårt att ta till sig att de var så allvarligt sjuka som läkaren hade sagt. Det var svårt att anpassa sig och finna sig i situationen. Att ligga på sjukhus var förknippat med rastlöshet och en väntan på undersökningar, vilket kvinnorna inte hade möjlighet att påverka.

“Jag har väl haft en lättare hjärtinfarkt” (IP 2).

Att känna motivation inför rehabilitering

Kvinnorna hade innan hjärtinfarkten ett fysiskt aktivt liv som innefattade allt från hushållsarbete och promenader till pulshöjande träning. De flesta var positiva till hjärtrehabilitering och träning i grupp.

Motiverad till förändringar och rehabilitering

Det framkom en öppenhet för förslag som kunde erbjudas för att kvinnorna skulle få en så bra återhämtning som möjligt. Det sågs som positivt att få möjlighet att träna med andra och att få stöd och uppmuntran till en annan form av träning än vad de var vana vid. Att få träna med fysioterapeut ökade målmedvetenheten och motivationen till fortsatt träning. Det förekom också en positiv inställning till kostförändringar och uttryck för behov av stöd i detta.

Det gavs uttryck för önskan om en snabb uppstart med både rehabilitering och livsstilsförändringar med hjälp av fysioterapeut och hjärtsjuksköterska.

“Jag är rädd för att komma in i gamla hjulspår om det dröjer för länge med kontakten till mottagningen. Någon quick fix finns ju inte men jag har ju 4 veckors sjukskrivning och vill gärna ha en färdig mall så jag vet hur jag ska göra. Jag vill ju inte missa något” (IP 7).

Motiverad till rehabilitering men på egna villkor

Vid tveksamheter till omställningar och nya händelser i livet sågs det som mindre troligt med deltagande i hjärtrehabilitering på gruppnivå. Olika svårigheter som sågs i samband med hjärtrehabilitering orsakade en stor tveksamhet till nyttan med rehabiliteringen och viljan att delta. Det framkom en viss ambivalens inför hjärtrehabilitering och det gavs uttryck för vikten av att landa i situationen innan några beslut kunde fattas. Det uttrycktes även en oro över hur framtiden skulle se ut. Att träna i grupp kunde ses som tilltalande en period men det beskrevs som allt för bindande under en längre tid. Farhågor med tanke på rådande covidsituation påverkade beslutet om deltagande i gruppträning, där istället egen träning övervägdes.

“Jag måste nog fundera på rehabilitering under några veckor innan jag svarar” (IP2)://“Vill absolut sköta mig själv, det har jag alltid gjort men jag vet inte om styrkan finns” (IP 5).

Att erkänna hinder

Hjärtinfarkten påverkade både kvinnorna och deras anhöriga. Känslor som rädsla, oro och ångest framkom hos kvinnorna. Hjärtinfarkten innebar en ny situation som de inte hade kontroll över och inte kände sig trygga med. Det var tryggt att vara övervakad på sjukhuset, men det kändes osäkert och var svårt att föreställa sig hur det skulle bli när de kom hem. Det fanns omfattande upplevelser av ett gott socialt stöd, men det uttrycktes också behov av stöd i form av uppföljning hos läkare och sjuksköterska.

Rädsla

En mer påtaglig rädsla för en ny hjärtinfarkt och komplikationer framkom hos de kvinnor som hade hunnit påbörja sin rehabilitering hos fysioterapeuten. Dessutom framkom diffusa symtom som inte kändes igen, vilket skapade ytterligare rädsla. I analysen framkom att rädslan påverkade kvinnornas vardag och träning. De var mer försiktiga än tidigare, provade sig fram och de var osäkra på hur mycket de orkade och vågade. Det framkom även från berättelserna att anhöriga påverkades mycket av situationen.

“Barnen blev rädda men jag sa att det är ingen fara, jag är snart hemma igen” (IP 6).

Oro och ångest

I berättelserna framkom tankar om en längre tids psykisk stress, till följd av konflikter och oro över nära anhöriga, kunde vara en bidragande orsak till hjärtinfarkten. Genomgående framkom det också hos kvinnorna att de har varit spindeln i nätet i många situationer och inte prioriterat sig själva .

“Aldrig satt mig själv i fokus, alltid brytt mig mer om andra och vårdat” (IP 2).

Oro och ångest uttryckte sig olika hos kvinnorna och oron kunde vara svår att sätta ord på. Det fanns en oro över hur vardagen skulle fungera. Det förmedlades även en oro över maken och hur hans liv skulle påverkas. I analysen framkom också att kvinnorna upplevde att de mårde bra efter hjärtinfarktsbehandlingen och hade mycket fokus på allt som behövde ordnas med hemma, vilket gav signaler om att den inträffade hjärtinfarkten förminskades. Oro framkom också över annan nyupptäckt sjukdom och hur det kunde påverka framtiden. Det uttrycktes en oro över att inte komma igång med förebyggande åtgärder i tid och att en ny hjärtinfarkt skulle kunna drabba dem. En nytillkommen nattlig panikångest hade uppkommit ett par veckor efter hjärtinfarkten, vilket påverkade livskvaliteten. Kvinnorna som intervjuades på avdelning uppgav att de inte hade hunnit landa i situationen och visste inte hur de skulle reagera när de kom hem.

“Jag har Oxascand i skåpet hemma som är en trygghet att ha om jag behöver det” (IP 6).

Otrygghet vid bristande kunskap

I analysen framkom att kvinnorna upplevde att de hade fått bra muntlig information från läkarna. Behovet av information upplevdes inte som lika påtagligt vid en andragångsinfarkt. Kvinnorna kände en stark tilltro till behandlingen av hjärtinfarkten även om otryggheten över att kunna drabbas av en ny hjärtinfarkt fanns.

“Allt har bara flutit på och fungerat” (IP 3)://“På något sätt är det väl bara att gilla läget, det får väl ge sig” (IP 7).

Omfattande upplevelser fanns om att mycket information givits under kort tid och har resulterat i svårighet att ta till sig allt. Informationen har givits men det framkom en osäkerhet om hur kvinnorna skulle förhålla sig till den. I berättelserna framkom även en önskan om att informationen skulle vara mer individanpassad. Det framkom också en osäkerhet om vilken vårdenhet de ska vända sig till vid frågor och funderingar efter första veckan i hemmet. Kvinnorna hade inte fått någon direkt information angående hjärtsjuksköterskan mer än att de kommer bli kallade. Det uttrycktes ett behov av att få träffa hjärtsjuksköterskan på mottagningen så fort som möjligt. Osäkerhet i att hantera datorer fanns, vilket kunde innebära svårigheter med kontakt och anmälningar till t.ex hjärtsjuksköterskan via datorn. Lättillgänglig kontakt efter utskrivning var betydelsefullt.

“Det hade känts tryggare om jag visste vem jag kunde ringa” (IP 2)://“När man ringer är det bara en telefonsvarare. Man vill få hjälp med en gång eller åtminstone prata med någon samma dag” (IP 1).

I analysen framkom vikten av individanpassad rehabilitering för att tillgodose kvinnornas behov. En osäkerhet fanns om hur mycket de vågade anstränga sig fysiskt efter hjärtinfarkten och det framkom ett behov av professionellt stöd. Önskan om en längre uppföljning uttrycktes för att få en bekräftelse på att allt såg bra ut.

“Hjärtinfarkten har skapat en rädsla för att träna, så det känns tryggt att få träna med sjukgymnast” (IP 1).

Uppfattningen är trots allt att de flesta är vid gott mod och ser positivt på framtiden. Det finns en längtan hem och att få återgå till sin vardag.

Diskussion

Metoddiskussion

Aktuellt examensarbete utgår från kvalitativ ansats eftersom det ansågs som lämpligt för att besvara syftet. En helhetssyn eftersträvades, vilket innebar att en kvalitativ intervjumetod med öppna frågor ansågs vara lämplig för syftet att erhålla ökad kunskap om upplevelser om ett fenomen. Induktiv innehållsanalys användes då analysen utgick från berättelserna och inte från någon teori eller hypotes. Kvinnornas egna upplevelser lyftes fram genom deras berättelse, vilket är utgångspunkten i kvalitativ metod med intervjuer, där dataproduktion skapas i mötet (41). Genom deras berättelse kunde värdefull kunskap erhållas. Intervjuanalys inspirerades av Graneheims kvalitativa innehållsanalys (42), då den ansågs adekvat för att analysera kvinnornas berättelser.

Styrkan med kvalitativ metod är att den är överförbar till liknande kontext (42). Metodens styrka i studien var kvinnornas egna upplevelser om sin hjärtinfarkt, vilket bidrar till ökad kunskap inom området trots få intervjuer. Ett större antal intervjuer hade genererat i svårighet med att hinna tolka en stor mängd data under den bestämda perioden på grund av den tidskrävande processen. Dessutom var det viktigaste att erhålla rik data genom intervjuerna för att besvara syftet. Innehållsrik data erhöles från de olika intervjuerna, som både bekräftade och från skiljde sig från varandra. En styrka är också att vi har patienter från två sjukhus, med olika upptagningsområden.

Examensarbetet ses inte som överförbart, men möjligt att jämföra med liknande grupper och sammanhang. Svårigheten med att examensarbetet ska ses som överförbar är att vi har en liten spridning gällande ålder och arbetsföra kvinnor, inga kulturella skillnader, samt få deltagare. Målet var att intervjua nio kvinnor med fler i arbetsför ålder för en större möjlighet till överförbarhet. Sammantaget intervjuade vi sju kvinnor under sex veckor, varav sex pensionärer över 70 år och en yrkesverksam i 50-årsåldern. För att få en bättre spridning som hade kunnat representera en större grupp hade vi önskat ett större urval av kvinnor. Initialt var tanken att intervjua ineliggande kvinnor på kardiologavdelning. Eftersom det inte fanns några kvinnor att intervjua under de två första veckorna, utökades inklusionskriterierna till att även inkludera de som precis påbörjat rehabiliteringen, vilka också intervjuades på sjukhuset.

Trovärdigheten stärks av att det har varit två personer vid intervjutillfället, där den ena intervjuade medan den andra observerade och noterade icke-verbal kommunikation som t.ex gester. Intervju, transkribering och tolkning har utförts gemensamt av båda författarna för ett säkrare och mer pålitligt resultat. Författarna har drygt tjugo års erfarenhet inom hjärtsjukvård och därmed en stor förståelse inom området, vilket kan vara värdefullt vid intervju och analys av data. För att minska risken för förutfattade meningar har författarna inte tagit del av kvinnornas journal och inte heller medverkat i deras vård. Författarna har under hela forskningsprocessen försökt vara neutrala för att inte låta egna värderingar påverka studien. Intervju med öppna frågor valdes för att minska risken för att vår

förförståelse skulle påverka utfallet. Hela tillvägagångssättet under arbetsprocessen är beskriven i detalj för transparens, vilket ökar pålitligheten och möjligheten till överförbarhet. Giltigheten i resultatet kan påverkas av att det är få kvinnor med en liten åldersvariation, liten geografisk variation och ingen kulturell variation. Resultatet motsvarar syftet att belysa kvinnors upplevelse av att insjukna i hjärtinfarkt och att klarlägga behov av information och åtgärder inför rehabilitering.

Resultatdiskussion

Syftet med aktuellt examensarbete är att belysa kvinnors upplevelse av att insjukna i hjärtinfarkt och att klarlägga behov av information och åtgärder inför rehabilitering. Resultatet visade att drabbas av hjärtinfarkt kunde ha en stor påverkan på livet för kvinnorna.

Det framkom att kvinnorna initialt inte härledde sina symtom till hjärtinfarkt. På olika sätt försökte de själva lindra och behandla sina symtom, de hade tendens att förminska dem, tills det inte längre var hanterbart och de sökte vård. Kvinnorna insåg däremot betydelsen av att snabbt söka vård vid akut bröstsmärta. Liknande mönster har beskrivits i en systematisk review och metaetnografi om kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt (22). Vid hjärtinfarkt ockluderas blodkärlet och blodflödet hindras i det drabbade området och tillståndet kan inom några minuter leda till allvarlig skada (44). Ju längre tid som går utan behandling, desto större skada tar hjärtat. I sjukvården är det viktigt att förmedla den kunskapen för snabbare behandling och färre komplikationer.

I examensarbetet framkom att kvinnorna upplevt en långvarig stress till följd av familjekonflikter och stor oro över familjemedlemmar. Kvinnorna hade en nytillkommen oro över hur vardagen efter hjärtinfarkten skulle fungera och oroade sig över maken. I tidigare studier framkommer att kvinnor upplever en högre stress än män, där bland annat stressfaktorer som omhändertagande av familjemedlemmar och familjekonflikter lyfts fram (12,16). Det uppmärksammas också att stress är förknippat med en sämre prognos och återhämtning efter hjärtinfarkt (16). Det är därför viktigt att ta stress på allvar och erbjuda kvinnorna någon form av professionell hjälp.

Kvinnorna i aktuellt examensarbete berättade att en rädsla hade uppkommit hos dem när de hade kommit hem, vilket påverkade och i viss mån begränsade deras vardag. De var mer försiktiga, kände sig inte trygga med att träna på egen hand och hade upplevt panikångest nattetid. De kvinnor som intervjuades på avdelning påtalade att de inte hunnit landa i situationen, att de inte visste hur de skulle reagera när de kom hem, men att de kände sig trygga på avdelningen. Psykiska reaktioner är vanligt efter en hjärtinfarkt (14) och det är viktigt att det finns en medvetenhet om det. Med dagens korta vårdtider är det inte ovanligt att reaktionerna kan komma när man väl kommit hem och har hunnit landa i situationen. För att minska graden av psykiska reaktioner efter utskrivning är förutsättningen att kvinnorna har fått information under vårdtiden och dessutom ges möjlighet till bra stöd efter hemkomsten, såsom lättillgänglig kontakt till hjärtsjuksköterskan.

Generellt hade kvinnorna inte satt sig själva i fokus, utan främst prioriterat familjen. På avdelningen mårde de bra och kände att de hade mycket att göra hemma och ville återgå till vardagen. Den yngre kvinnan ville omgående komma igång med rehabilitering och eventuella livsstilsförändringar för att snabbt komma tillbaka till arbetet igen. För specialistsjuksköterskor ingår information och patientundervisning i kärnkompetensen (36) och det är av stor vikt att försöka hjälpa kvinnorna att förstå sin nya situation så de lättare kan

acceptera den. Vid ökad förståelse kan det vara lättare att anpassa sig till sin nya situation och även lära känna sin kropp på nytt, för att stegvis återgå till vardagen.

I berättelserna framkom att kvinnorna verkade ha en positiv inställning efter sin hjärtinfarkt. De hade en accepterande inställning till situationen, tog gärna till sig ny information och uppgav att de hade ett gott socialt stöd. Det förekom också en negativ inställning med en mer undvikande attityd, där man inte riktigt tog till sig informationen, inte var öppen för förändringar i livet och såg ut att sakna ett gott socialt stöd. Fuochi et al. skriver om olika sätt att hantera en situation, att använda en positiv eller negativ copingstrategi, vilket kan påverka hälsan (30). Kvinnor som intar en mer negativ copingstrategi behöver därför uppmärksammas och ges möjlighet till stöd för att hantera sin situation.

Kvinnorna påtalade behov av professionellt stöd under rehabiliteringen. Det fanns en osäkerhet i hur mycket de vågade anstränga sig efter hjärtinfarkten och önskan fanns om en individanpassad plan och rehabilitering. Det var en trygghet att fysioterapeuten var med under träning och gav stöd i hur mycket som det gick att anstränga sig. I det aktuella examensarbetet fanns också önskemål om en längre uppföljning som kunde ge en bekräftelse på att allt såg bra ut. Studier visar att träning med fysioterapeut ger en trygghet eftersom träning sker under uppsikt (18). Tidigare studier har visat att kvinnor upplever en generellt sämre livskvalitet än män efter hjärtinfarkt (13,14,15,16,17,18,19) och att färre kvinnor deltar i och fullföljer rehabiliteringsprogram (14,18). Fysisk aktivitet hos kvinnor som haft en hjärtinfarkt har en positiv inverkan på livskvaliteten, vilket också ökar benägenheten till livsstilsförändringar (19). Kvinnor är oftast äldre än männen vid sin första hjärtinfarkt och har också en högre grad av samsjuklighet. Kvinnorna riskerar därmed att drabbas av en andra hjärtinfarkt tidigare än männen (45). I en metaanalys på hur hjärtrehabilitering påverkar depression hos äldre har man sett en positiv inverkan (46). Skraddarsydd hjärtrehabilitering t.ex gällande nutrition, träning och psykosociala åtgärder har visat sig ha en större effekt på att minska depression hos äldre än vanlig vård (46). Det finns belägg för att tidigt starta upp en personcentrerad hälsoplan tillsammans med patienten, för att uppnå ett bättre rehabiliteringsresultat. Förbättringar har initialt setts bland annat i fysisk aktivitet, följsamhet i medicineringsprogram, deltagande i hjärtrehabilitering och en allmänt förbättrad livskvalitet vid ett personcentrerat förhållningssätt (49). Dessutom framhäver flera studier vikten av förhållningssättet inom olika sjukdomstillstånd, t.ex efter AKS där hälsoeffekten generellt var positiv med en ökad livskvalité. Resultatet visade bäst effekt hos patienter utan en eftergymnasial utbildning och hos dem med en lägre socioekonomisk status (40). Ekman et al. har mätt effekten av PCV hos kroniska hjärtsviktspatienter som också visade positiva effekter, framförallt med en minskad vårdtid på 2,5 dagar (50). För att uppnå en jämlik eftervård efter att ha drabbats av hjärtinfarkt är det viktigt att ta hänsyn till vilka specifika behov som finns. Det är viktigt att ta reda på vilka åtgärder och stöd som behövs för att kvinnorna ska uppleva en bättre livskvalitet och att påtala värdet av att delta i hjärtrehabilitering. En individanpassad rehabiliteringsplan utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kan ses som betydelsefullt.

Kvinnorna upplevde generellt att de hade erhållit bra information under vårdtiden, men att det var mycket att ta in på kort tid. De hade dessutom fått en hel del att läsa, vilket kunde vara ytterligare en belastning. Först skulle de ta till sig att de hade haft en hjärtinfarkt, därefter landa i sin nya situation och dessutom ta till sig all information som gavs. I berättelserna framkom också en önskan om individanpassad information för att de skulle känna sig trygga och för att de skulle veta att de fick den hjälp som de verkligen behövde för en optimal återhämtning. För att kunna vara delaktig i sin vård krävs god information som med fördel

ges både muntligt och skriftligt, vilket styrks av Socialstyrelsen nationella riktlinjer (47). Flera studier visar vinsten av individanpassad information (13,21,25). Hos patienter med kardiovaskulär sjukdom som har fått individanpassad utbildning samt rådgivning av en sjuksköterska gällande AKS, sågs en ökad kunskap. Den ökade kunskapen resulterade också i en minskad oro och ångest (48). Vårdtiden är idag betydligt kortare än tidigare vilket Junehag et al. belyser som en viktig faktor gällande svårigheter med att ta till sig all kunskap efter en hjärtinfarkt (20). Att ge god vård utifrån individens behov är vår skyldighet, vilket bekräftas i ICN:s etiska kod (35). Berättelsen fångar upp den enskilda kvinnans önskan och vad hon skulle må bäst av i rehabiliteringen. Informationen som ges behöver generera i kunskap hos kvinnorna. Detta kan förbättras genom att berättelsen lyssnas in med ett helhetsperspektiv och informationen anpassas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Det var också viktigt och förknippat med trygghet inför hemgång att kvinnorna får information om vem de ska kontakta när de är hemma om problem uppstår. De flesta av de inläggande kvinnorna har fått information om hjärtsjuksköterskan och att hon kommer höra av sig, men inte om tidpunkten. De har fått olika telefonnummer men de har svårt att särskilja mellan all information som givits vid utskrivningen. Dessutom tyckte de kvinnor som har hunnit komma hem och påbörjat rehabiliteringen att det kändes osäkert att ringa då de kom till en telefonsvarare och fick lämna ett meddelande. White et al. bekräftar i deras studie att hjärtinfarktpatienter mår sämre efter utskrivning, vilket indikerar på att stöd och återkoppling är viktigt (24). Det är av vikt att förhindra osäkerheten innan hemgång genom att ge adekvat och anpassad information till kvinnorna.

Slutsats

Symtom som inte var tydlig bröstsmärta härleddes inte i första hand till hjärtinfarkt, varvid kvinnorna dröjde med att söka vård.

Kvinnorna kände sig trygga i omhändertagandet efter hjärtinfarkten på vårdavdelningen, men hos de kvinnor som hade kommit hem hade en påtaglig rädsla infunnit sig.

Det framkom en viss osäkerhet inför hemgång beträffande information de erhållit om hjärtinfarkten och uppföljningen. Resultatet indikerar att individanpassad plan och information kan vara av stor vikt för en optimal rehabilitering.

Återkoppling och uppföljning efter hjärtinfarkten var av största vikt för att skapa trygghet.

Klinisk tillämpning och fortsatt forskning

Det finns en utmaning med att nå ut med bra information om hjärtinfarkt och olika symtom för att få kvinnor att söka vård i tidigt skede. I första hand bör preventiv information ges redan i primärvården men även i slutenvården efter en första hjärtinfarkt.

Problemet angående bristande individanpassad information om hjärtinfarkten samt om rehabilitering kvarstår idag inom klinisk praxis. Om individanpassad information ges i tidigt skede, samt att en vårdplan upprättas, enligt ett personcentrerat förhållningssätt, finns större möjlighet till en bättre vård på lika villkor. Vårdplanen följer därefter kvinnan till de olika vårdinrättningarna, vilket kan ge en tryggare och mer målinriktad vård. Dessutom kan det resultera i en samhällsekonomisk vinst genom färre inläggningar.

Det kan vara betydelsefullt att utse specifika hjärtsjuksköterskor på kardiologavdelningen, som ansvarar för informationen utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Den sexuella hälsan kan påverkas av hjärtinfarkten och i tidigare studier framkommer ett behov av samtal och information om detta. I det aktuella examensarbetet var det ingen av kvinnorna som tog upp ämnet. Ämnet kan vara känsligt och det är oklart om något samtal kring det har ägt rum. I många fall kan det ändå vara viktigt att beröra ämnet, då den sexuella hälsan kan påverka både livskvalitet och partnerskapet.

Fler studier med större spridning gällande ålder och geografiskt område behöver bedrivas inom slutenvården, inte minst med kvinnor med olika kulturella bakgrunder och socioekonomiska förhållanden.

Referenser

1. World Health Organization. Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citerad 2022-02-19]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Statistikmyndigheten SCB. Dödsorsaker efter ålder år 2019 [Internet]. Solna: SCB [uppdaterad 2020-05-26; citerad 2022-02-19]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstalldhet/jamstalld-halsa/livslangd-och-dodsorsaker/dodsorsaker-efter-alder/>
3. Dreyer RP, Pavlo AJ, Hersey D, Horne A, Dunn R, Norris CM, et al. "Is My Heart Healing?" A Meta-synthesis of Patients' Experiences After Acute Myocardial Infarction. *J Cardiovasc Nurs*. 2021 Sep-Oct 01;36(5):517-530.
4. Socialstyrelsen. Statistik om hjärtinfarkter 2020. [Internet]. Socialstyrelsen; 2020 [citerad 2022-04-01]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7648.pdf>
5. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018 Jan 7;39(2):119-177.
6. Wallentin L, Lindahl B. Akut kranskärlssjukdom. 4 rev. uppl. Stockholm: Studentlitteratur; 2010.
7. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021 Apr 7;42(14):1289-1367.
8. Visseren F, Mach F, Smulders Y, Carballo D, Koskinas K, Bäck M et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337.
9. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN et al. American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Mar 1;133(9):916-47.
10. Svensk sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad [Internet]. Stockholm; 2016 [citerad 2022-04-01]. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>
11. Medin J, Alexandersson K. Begreppen Hälsa och hälsofrämjande-en litteraturstudie. 1:13 uppl. Studentlitteratur; 2000.
12. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scand J Caring Sci*. 2007 Mar;21(1):10-7.
13. Sjöström-Strand A, Ivarsson B, Sjöberg T. Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scand J Caring Sci*. 2011 Sep;25(3):459-66.

14. Hildingh C, Fridlund B, Lidell E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: a meta-synthesis. *Heart Lung*. 2007 Nov-Dec;36(6):410-7.
15. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart Lung*. 2005 Jan-Feb;34(1):39-50.
16. Xu X, Bao H, Strait K, Spertus JA, Lichtman JH, D'Onofrio G, et al. Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation*. 2015 Feb 17;131(7):614-23.
17. Dreyer RP, Wang Y, Strait KM, Lorenze NP, D'Onofrio G, Bueno H, et al. Gender differences in the trajectory of recovery in health status among young patients with acute myocardial infarction: results from the variation in recovery: role of gender on outcomes of young AMI patients (VIRGO) study. *Circulation*. 2015 Jun 2;131(22):1971-80.
18. Wieslander I, Mårtensson J, Fridlund B, Svedberg P. Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016 May 10;11:30633.
19. Løvlien M, Mundal L, Hall-Lord ML. Health-related quality of life, sense of coherence and leisure-time physical activity in women after an acute myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2017 Apr;26(7-8):975-982.
20. Junehag L, Asplund K, Svedlund M. A qualitative study: perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014 Feb;30(1):22-30.
21. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Managing consequences and finding hope--experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scand J Caring Sci*. 2008 Sep;22(3):367-75.
22. Madsen R, Birkelund R. Women's experiences during myocardial infarction: systematic review and meta-ethnography. *J Clin Nurs*. 2016 Mar;25(5-6):599-609.
23. Stevens S, Thomas SP. Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care Women Int*. 2012;33(12):1096-113.
24. White J, Hunter M, Holttum S. How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychol Health Med*. 2007 May;12(3):278-88.
25. Fors A, Dudas K, Ekman I. Life is lived forwards and understood backwards--experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis. *Int J Nurs Stud*. 2014 Mar;51(3):430-7.
26. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2007 Feb;16(2):391-401.
27. Söderberg LH, Johansen PP, Herning M, Berg SK. Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2013 Dec;22(23-24):3532-40.
28. Simeone S, Guillari A, Pucciarelli G, Stile F, Gargiulo G, Esposito M, et al. Sexual Health After Acute Myocardial Infarction: The Lived Experience of Women During the First-Year Post Discharge. *Sexuality & Disability [Internet]*. 2020 Sep [citerad 2021-12-15];38(3):547-60.
29. Boothby CA, Santana MJ, Norris CM, Campbell TS, Rabi DM. Sexual Activity After Acute Coronary Syndrome: A Qualitative Approach to Patient and Partner Experiences. *J Cardiovasc Nurs*. 2021 Sep-Oct 01;36(5).

30. Fuochi G, Foà C. Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scand J Caring Sci*. 2018 Mar;32(1):98-107.
31. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering hjärtsjukvård, vårdkonsumtion. [Internet]. Socialstyrelsen; 2015 [citerad 2022-02-28]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2015-12-16-bilaga-c.pdf>
32. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 2022-01-19]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30.
33. Patientlagen (SFS 2014:821) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 2022-02-28]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
34. Svensk sjuksköterskeförening. Evidensbaserad vård och omvårdnad [Internet]. Stockholm; 2011 [citerad 2022-02-28]. Hämtad från: <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261527b/1605099405072/Evidensbaserad%20v%C3%A5rd%20och%20omv%C3%A5rdnad.pdf>
35. The ICN code of ethics for nurses (2012) [Internet]. Geneva: International council of nurses [citerad 2021-10-24]. Hämtad från: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
36. Wallström S, Ekman I. Person-centred care in clinical assessment. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 Oct;17(7):576-579.
37. VIC-Vårdprofessioner inom kardiologi. Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska med inriktning hjärtsjukvård. [Internet]. [citerad 2022-02-28]. Hämtad från: <https://www.sls.se/globalassets/vic/arsmoten/kompetensbeskrivning-for-specialistsjukskoterska-med-inriktning-hjartsjukvard.pdf>
38. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care — Ready for Prime Time, *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011 Dec; 10 (4): 248–25.
39. Socialstyrelsen. Att arbeta evidensbaserat. [Internet]. Socialstyrelsen; 2019 [uppdaterad 2019-05-04; citerad 2022-02-28]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/arbetevidensbaserat/>
40. Fors A, Swedberg K, Ulin K, Wolf A, Ekman I. Effects of person-centred care after an event of acute coronary syndrome: Two-year follow-up of a randomised controlled trial. *Int J Cardiol*. 2017 Dec 15;249:42-47.
41. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11 rev. uppl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN-13: 978-1-975110-64-2; 2021.
42. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24(2):105-12.
43. Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

44. Held C. Hjärtinfarkt med ST-höjning (STEMI) [Internet]. Uppsala: [uppdaterad 2021-10-12; citerad 2022-02-28]. Hämtad från: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/kardiologi/hjartinfarkt-med-st-hojning-akut-stemi/>
45. Strömbäck U, Vikman I, Lundblad D, Lundqvist R, Engström Å. The second myocardial infarction: Higher risk factor burden and earlier second myocardial infarction in women compared with men. The Northern Sweden MONICA study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017 Jun;16(5):418-424.
46. Gellis ZD, Kang-Yi C. Meta-analysis of the effect of cardiac rehabilitation interventions on depression outcomes in adults 64 years of age and older. *Am J Cardiol*. 2012 Nov 1;110(9):1219-24.
47. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård-stöd för styrning och ledning. [Internet]. Socialstyrelsen; 2018 [citerad 2022-02-28]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>
48. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Riegel B, Doering LV, Meischke H, et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2009 Aug;46(8):1037-46.
49. Fors A, Taft C, Ulin K, Ekman I. Person-centered care improves self-efficacy to control symptoms after acute coronary syndrome: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016 Apr;15(2):186-94.
50. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centered care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*. 2012 May;33(9):1112-9.

Bilaga-Information till deltagare

Kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie. Studien är ett examensarbete som genomförs inom ramen för specialistsjuksköterskeutbildningen inom hjärtsjukvård. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta. Läs igenom i lugn och ro under dagen och skriv ner frågor som uppkommer. När du har beslutat dig för medverkan eller ej ber vi dig meddela personalen. Beslut önskas samma dag.

Vad är det för ett projekt och varför vill vi att Du ska delta?

Tidigare studier har undersökt kvinnors upplevelser 1 månad efter hjärtinfarkten och senare. Vi ser att det finns för få studier i det akuta skedet under vårdtiden om kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt. Detta gör oss intresserade av att inhämta mer information om hur du upplever din situation. En större kunskap för oss i sjukvården ger bättre förutsättningar att utveckla vården för att hjälpa kvinnor efter en hjärtinfarkt. Du har blivit tillfrågad på grund av att du som kvinna har kommit in med en hjärtinfarkt till sjukhuset. Sjuksköterskor på avdelningen har utsett patienter som kan vara aktuella att delta i studien. Därför blir du tillfrågad om att delta. Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för forskningsstudie. Ansökan är godkänd av Etikgruppen vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa.

Hur går projektet till?

Om du väljer att delta i studien innebär det att du vid ett tillfälle kommer bli intervjuad av studieansvariga sjuksköterskor. Du blir tillfrågad om att fritt berätta om din upplevelse av att få en hjärtinfarkt, där du kommer att få svara på en öppen fråga om dina upplevelser. Utifrån din berättelse kommer kompletterande följdfrågor att ställas. Utifrån dina erfarenheter och upplevelser tillsammans med andra deltagare i studien får vi möjligheten att kartlägga behov av information och åtgärder inför rehabilitering. Intervjun tar ca 30 minuter – 1 timma och kommer att spelas in på diktafon för att kunna analyseras. Samtalet sker i enskilt rum på avdelningen, eller annat enskilt rum på sjukhuset och tillsammans kommer vi överens om vilken tid som passar bäst.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Du kommer inte utsättas för provtagning eller några andra undersökningar i studien. Under intervjun väljer du själv vad du vill berätta och det finns inget rätt eller fel. Vi som intervjuar kommer inte vara delaktiga i din vård. Du har all rätt att avbryta studien när som helst utan att behöva förklara varför, utan att det påverkar ditt fortsatta omhändertagande inom vården. Om du har ytterligare tankar eller funderingar efter intervjun så finns möjlighet till stödsamtal på sjukhuset. Om önskemål finns kontakta din ansvariga sjuksköterska.

Vad händer med mina uppgifter?

De uppgifter vi kommer samla in om dig är din berättelse under intervjun, samt din ålder, yrke, utbildning, civiltillstånd och boende. Vi kommer inte läsa din journal. Din berättelse kommer spelas in på band och förvaras inlåst i en dator med lösenord, för att ingen obehörig ska kunna komma åt informationen. Intervjun kommer att koda för att inte avslöja din identitet. Inspelad intervjudata kommer att förvaras fram till uppsatsen är godkänd, ca 6

månader. Därefter kommer materialet att förstöras, allt enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Vid avslutad studie kommer allt material utöver det slutliga examensarbetet att förstöras. Examensarbetet kan komma att användas i förbättringsarbete på sjukhuset. Ansvarig för dina personuppgifter är Institutionen för vård och hälsa vid Göteborgs Universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta studieansvariga sjuksköterskor (se nedan). Är du missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet. Göteborgs universitet har även ett dataskyddombud som nås på e-post: dataskydd@gu.se eller telefon 031-786 00 00.

Vad händer med mina prover?

Inga prover är aktuella för studien.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Om intresset finns, har du möjlighet att ta del av resultat i sin helhet via Göteborgs universitets hemsida. Ingen enskild individ kommer att kunna identifieras i resultatet.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning är aktuell.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta behöver du inte uppge orsak och det kommer heller inte påverka din framtida vård eller behandling. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon de ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvariga för projektet

Ansvariga för projektet är; Birgitta Carlsson legitimerad sjuksköterska mail: gusbirg26@student.gu.se och Annika Smith legitimerad sjuksköterska mail: gussmiann@student.gu.se. Handledare: Harshida Patel mail: harshida.patel@gu.se