



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT FÖRLORA SIN ROLL I LIVET

En litteraturöversikt om kvinnors erfarenheter av återhämtning efter hjärtinfarkt

Selma Berglund & Hanna Sjösten

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2022
Handledare:	Lisen Dellenborg
Examinator:	Helena Dahlberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår handledare Lisen Dellenborg för goda råd och spännande information. Ett stort tack riktas även till Cecilia Wallmark Nilsson för relevanta synpunkter och tips. Den underbara personalen på biomedicinska biblioteket ska ha stort tack för tålamod, kunskap och stöttning! Tack till nära och kära som intresserat sig, givit tips och synpunkter. Till sist vill vi tacka varandra för en god vänskap.

Titel (svensk)	Att förlora sin roll i livet - En litteraturöversikt om kvinnors erfarenheter av återhämtning efter hjärtinfarkt
Titel (engelsk)	Losing your role in life - A literature review on women's experiences of recovery after myocardial infarction
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2022
Författare	Selma Berglund & Hanna Sjösten
Handledare:	Lisen Dellenborg
Examinator:	Helena Dahlberg

Sammanfattning:

Bakgrund: Utveckling av behandling för hjärtinfarkt innebär att allt fler av de som insjuknar överlever. Att insjukna i hjärtinfarkt är traumatiskt och överlevnad följs av återhämtningsbehov. Den sekundärpreventiva vården behöver effektiviseras och nå fler för att minska mängden återinsjuknanden. Kvinnor har högre mortalitet och sämre prognos jämfört med män. Kvinnor får färre erbjudanden att delta i hjärtrehabilitering samt väljer att avbryta i högre utsträckning. Depression, ångest och stress är vanligt hos kvinnor efter hjärtinfarkt. Riktlinjer för eftervården fokuserar särskilt på livsstilsförändringar. Forskning tyder att kvinnor har fler behov i stöttning från vården än vad riktlinjer belyser. **Syfte:** Syftet med denna studie är att belysa kvinnors erfarenheter av återhämtning efter hjärtinfarkt, för att med grund i detta öka sjuksköterskors kunskap om omvårdnadsbehov i eftervården. **Metod:** Denna litteraturöversikt utformades genom sökningar i databaserna Cinahl, PubMed och Psycinfo. Åtta kvalitativa artiklar och en artikel med mixad metod valdes ut från databaserna. Genom tematisk analys formulerades tre huvudteman: *Det nya livet*, *Omgivningens betydelse* och *Vårdens bemötande*, samt nio subteman. **Resultat:** Resultatet tyder på att återhämtningen är en tidskrävande process som individuellt varierar i längd. Det nya livet präglades av stress och utmattning. Kvinnorna levde i rädsla och sorg över sina sjuka kroppar och oförmåga att komma vidare i livet. Omgivningens betydelse syftar till vikten av socialt stöd för att gynna återhämtningen, samt lyfter att kvinnornas förändrade sexuella hälsa skapade relationsproblem och ångest. Brist på information och stöttning från vården upplevdes som ett hinder i återhämtningen. Vårdrelationen ansågs ofta bristfällig men resultatet tyder på att en god vårdkontakt ökar möjligheten för bättre återhämtning. **Slutsatser:** Sjuksköterskor behöver kunskap om komplexiteten vid kvinnors återhämtningsprocess där information, god vårdrelation och där åtgärder rörande fatigue, rädsla för återinsjuknande, sexuell hälsa, samtalsstöd samt återhämtnings- och stresshanteringsstrategier inkluderas. Det personcentrerade förhållningssättet ses som ett lämpligt tillvägagångssätt för att underlätta kvinnornas återhämtning.

Nyckelord:

Akut koronart syndrom, Erfarenheter, Kvinnor, Personcentrerad vård, Återhämtning

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Hjärtinfarkt hos kvinnor.....	1
Riskfaktorer.....	2
Hjärtinfarktens patologi.....	2
Behandling i det akuta skedet.....	3
Sekundärpreventiv behandling.....	3
Omvårdnadsåtgärder vid rehabilitering.....	3
Riktlinjer för eftervården.....	4
Konsekvenser av bristfällig hjärtsjukvård för kvinnor.....	4
Den grundutbildade sjuksköterskans roll i vården vid hjärtinfarkt.....	5
Teoretisk referensram.....	5
Personcentrerad vård.....	5
Jämlik vård.....	6
Sjukdomslidande och vårdlidande.....	7
Problemformulering.....	7
Syfte.....	7
Metod.....	8
Datainsamling.....	8
Urval.....	9
Kvalitetsgranskning.....	10
Dataanalys.....	10
Etiska ställningstaganden.....	11
Resultat.....	11
Det nya livet.....	12
Självbild och kroppsuppfattning.....	12
Att återfå kontroll.....	12
Livsstilsförändringar.....	12
Hälsoproblem.....	13
Rädsla för återinsjuknande.....	13
Omgivningens betydelse.....	14
Socialt stöd.....	14
Relationsproblem.....	14

Vårdens bemötande.....	15
Bristande information.....	15
Vårdrelation.....	15
Metoddiskussion.....	16
Studiedesign.....	16
Datainsamling.....	16
Urval.....	17
Kvalitetsgranskning.....	17
Dataanalys.....	18
Överförbarhet.....	18
Etiska aspekter.....	18
Resultatdiskussion.....	19
Vårdens roll och bemötande.....	19
Ojämlighet i vården.....	20
Omvårdnadsbehovet efter en hjärtinfarkt.....	20
Slutsats.....	22
Implikationer för omvårdnad.....	22
Vidare forskning.....	23
Referenslista.....	24
Bilaga 1. Söktabeller	
Bilaga 2. Artikelbilaga	
Bilaga 3. Kvalitetsgranskning	

Inledning

Kardiovaskulära sjukdomar är den ledande dödsorsaken i världen. Uppemot 17,9 miljoner människor mister årligen livet till följd av dessa sjukdomar. Vanligaste orsakerna är hjärtinfarkt och stroke, som står för ca 85% av dödsfallen inom kardiovaskulär sjukdom (World Health Organization, 2021). Under 2020 drabbades uppemot 22 200 personer av hjärtinfarkt i Sverige, varav ca 4800 personer avled (Socialstyrelsen, 2021). Forskning visar att incidensen av och mortaliteten till följd av hjärtinfarkt har de senaste decennierna minskat markant för båda könen. Sannolikt till följd av utvecklade behandlingsmetoder, förbättrad diagnostik och mer hälsosamma levnadsvanor. Forskningen tyder även på att rehabilitering och återhämtning efter ett första insjuknande är avgörande för prognosen för att reducera risken för återinsjuknande. Eftervården finns till för att stötta och motivera individer som drabbats, och för att underlätta till omställning i livet. Tidigare forskning vittnar om att hjärtrehabiliteringen i eftervården inte är tillgänglig för alla. Det tyder även på att kvinnor har sämre prognos, högre grad återinsjuknande och fler komplikationer efter att ha överlevt en hjärtinfarkt jämfört med män. Forskning signalerar att kvinnor blir i lägre utsträckning än män remitterade till hjärtrehabiliteringsprogram, samt slutför den i mindre grad. Området hjärtsjukdom är väl utforskat, men Hjärt-Lungfonden (2022) menar att kunskapsläget kring könsskillnader i hjärtsjukvård är tämligen bristfällig och behöver utforskas ytterligare för att förbättra kvinnors prognos och närma sig en mer jämlik hjärtsjukvård. Mer kunskap behövs framförallt inom diagnostik, behandling och rehabilitering som är specificerad för kvinnor (Hjärt-Lungfonden, 2022).

Bakgrund

Hjärtinfarkt hos kvinnor

Kvinnor står för cirka 36 procent av insjuknade fall av hjärtinfarkt i Sverige (Socialstyrelsen, 2021). Trots att fler män insjuknar och avlider är andelen dödsfall högre hos kvinnor med hjärtinfarkt (Folkhälsomyndigheten, 2022). Prognosen för kvinnor efter en första hjärtinfarkt är sämre än för män, beskriver Haider m.fl. (2019), vilket yttras som större omfattning av långvarig sjuklighet, samt högre mortalitet jämfört med män. Enligt Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) får kvinnor genomgå färre utredningar, det sker misstag i riskbedömningar och de får därmed i lägre grad riktig behandling än vad män får. Kvinnor deltar dessutom i den organiserade hjärtrehabiliteringen i lägre utsträckning (Norlund, 2022), vilket är en central del av vårdens resurser för att reducera risken för återinsjuknande (Hage & Thorvaldsen, 2022). Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) lyfter att särskilt unga kvinnor har en sämre prognos och högre mortalitet jämfört med män i samma ålder. Detta tros bland annat bero på missuppfattningar att yngre kvinnor inte får hjärtinfarkt, samt lägre tillgång till rehabiliteringsprogram (Mehta m.fl., 2016). Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) ser även att kvinnor där traditionella riskfaktorer saknas har en markant sämre prognos och högre mortalitet än män. Kvinnor är generellt äldre än män vid

insjuknande och har oftare diabetes och hypertoni. Dessa riskfaktorer gör att kvinnor är mer sköra vid insjuknande vilket kan medföra en sämre prognos (Hjärt-Lungfonden, 2022).

Riskfaktorer

Traditionella riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom är som tidigare känt fysisk inaktivitet, rökning, hyperlipidemi, hypertoni, diabetes och ohälsosam kosthållning. Gemensamt för dessa faktorer är att de gynnar aterosklerosutveckling i kranskärl, vilket i sin tur ökar risken för insjuknande i hjärtinfarkt (Hage & Thorvaldsen, 2022). Att det finns psykosociala riskfaktorer för hjärtinfarkt har under senare tid bekräftats av forskning, men Norlund (2022) menar att denna evidens ofta saknas i det kliniska arbetet rörande hjärtinfarkt. Några exempel på dessa riskfaktorer som Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) lyfter är stress, psykisk ohälsa och sämre socioekonomiska förhållanden. Kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt har i högre grad än män dessa icke-traditionella riskfaktorer (Schenck-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2022). Det anses även att stress hos kvinnor innebär en större skada och risk för hjärtinfarkt jämfört med stress hos män (Norlund, 2022).

Hjärtinfarktens patologi

Hjärtinfarkt uppstår då myokardiet utsätts för syrebrist (ischemi). Hage och Thorvaldsen (2022) beskriver hur orsaken till ischemi varierar men att de vanligaste orsakerna till hjärtinfarkt beror på en ruptur i åderförkalkningar i kranskärlen. Detta leder till en trombosbildning som i sin tur blockerar syretillförseln i kranskärlen och leder till ischemi. Beroende på orsak och omfattning av ischemi kategoriseras olika typer av hjärtinfarkter. ST-höjningsinfarkt (STEMI) och hjärtinfarkt utan ST-höjning (NSTEMI) är de vanligaste formerna. Instabil angina utgörs av nydebuterad eller förändrad bröstsmärta och kan obehandlat leda till hjärtinfarkt. Tillsammans kallas STEMI, NSTEMI och instabil angina för akut koronart syndrom (AKS). Diagnostik sker genom bedömning av anamnes, symtom och tecken, EKG, laboratorieprover och bilddiagnostik (Hage & Thorvaldsen, 2022).

Hjärt-Lungfonden (2022) tar upp olika typer av hjärtinfarkt där kvinnor i högre grad drabbas. Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA) är en form av hjärtinfarkt som inte beror på förträngningar i kranskärlen. Spontan kranskärlsdissektion (SCAD) beror på att det skapas en spontan skada i kärlväggen vilket leder till blockerad syretransport. Takotsubo är en typ av stressutlöst hjärtskada som kraftigt försämrar hjärtats pumpfunktion och föregås ofta av en emotionell belastning, men kan även utlösas av allvarlig sjukdom. Gemensamt för dessa tillstånd är att kvinnor är överrepresenterade, de ger samma symtom som AKS, men de orsakas inte av kranskärlsförändringar (Hjärt-Lungfonden, 2022). De som drabbas av SCAD, MINOCA och Takotsubo behöver nödvändigtvis inte ha en livsstil som behöver förändras då dessa tillstånd beror på andra orsaker än ateroskleros i kranskärlen. Därför kan de kvinnor som drabbas av SCAD, MINOCA och Takotsubo ha helt andra behov i sin återhämtning än kvinnor drabbade av ateroskleros orsakad hjärtinfarkt. I denna studie, som avser att undersöka kvinnors erfarenheter av återhämtningen efter AKS, orsakad av ateroskleros, exkluderas därför dessa övriga diagnoser.

Behandling i det akuta skedet

Många patienter upplever det akuta insjuknandet som ett trauma, som även finns kvar i livet efter hjärtinfarkten. Enligt Hage och Thorvaldsen (2022) syftar behandlingen till att minska kroppens syrebehov och öka syretillförseln till kranskärlen. Detta görs via omvårdnadsåtgärder, läkemedel och revaskularisering av tilltäppta kärl, vanligen genom percutan coronar intervention (PCI). Riktlinjerna för behandling av hjärtinfarkt är samma för både män och kvinnor, men enligt Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) skiljer sig diagnostiska utredningar åt beroende på patientens kön. Kvinnor får i mindre utsträckning än män genomgå kranskärldröntgen, vilket är avgörande för att få kunna genomgå PCI. Detta är en mycket viktig behandling för överlevnad och prognos. Däremot har kvinnor lika god effekt av PCI-behandling som män (Schenck-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2022).

Sekundärpreventiv behandling

Efter hjärtinfarkt behöver patienter sekundärpreventiv behandling för att minska risken för återinsjuknande, kvarvarande symtom och utveckling av hjärtsvikt till följd av hjärtskada. Mehta m.fl. (2016) menar att prognosen efter en hjärtinfarkt förbättras markant med hjälp av organiserade rehabiliteringsprogram. Hage och Thorvaldsen (2022) lyfter att den preventiva behandlingen bör innehålla både läkemedel, undersökningar, utbildning, psykosocial stöttning och livsstilsförändringar. Hjärtskola och hjärtrehabilitering är vanliga former av den preventiva vården (Hage & Thorvaldsen, 2022). Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) menar att sekundärpreventionen efter hjärtinfarkt i större utsträckning gynnar män framför kvinnor. Kvinnor rapporteras oftare underbehandlade i eftervården och med lägre tillgång till hjärtrehabilitering. En förklaring till detta tros vara större risk för biverkningar hos kvinnor. Andra orsaker till den ojämlika behandlingen, såsom skillnader i erbjudande att delta vid hjärtrehabilitering, är oklara (Schenck-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2022).

Omvårdnadsåtgärder vid rehabilitering

Hjärtrehabiliteringen består av ett multidisciplinärt samarbete där patienterna bland annat får ta del av rekommendationer och stöttning till livsstilsförändringar såsom att öka fysisk aktivitet, rökstopp och att anpassa kosten (Hage & Thorvaldsen, 2022). Sjuksköterskans omvårdnadsansvar i eftervården är framförallt att utbilda, stötta och motivera individerna till att uppnå sina målvärden för reducering av riskfaktorer. Målvärdena syftar till att uppnå optimala förutsättningar genom stabilisering av blodtryck, LDL-kolesterolnivåer och HbA1C för diabetiker (Hage & Thorvaldsen, 2022). Utöver livsstilsförändringar föreligger sjuksköterskans ansvar att informera kring vikten av att följa medicinska ordinationer, samt information kring eventuella biverkningar. Diskussion och samtal med patienterna kring sexuell hälsa betonas även som en viktig komponent för hjärtrehabiliteringen (Hage & Thorvaldsen, 2022). Mehta m.fl. (2016) och Norlund (2022) menar att kvinnor har sämre effekt av hjärtrehabilitering, samt lägre deltagaraktivitet, vilket kombinerat med kvinnors

högre ångest resulterar i en sämre prognos. Vidare betonar Norlund (2022) att psykosocial stöttning bör vara en central omvårdnadsåtgärd inom rehabiliteringen för båda könen, samt att detta bör individualiseras då behoven ser olika ut. Det saknas dock evidens för vilka omvårdnadsåtgärder och interventioner som kan vara av extra stor vikt specifikt för kvinnor i eftervården (Norlund, 2022).

Riktlinjer för eftervården

Aktuella europeiska riktlinjer skiljer sig mellan STEMI och NSTEMI och instabil angina. Båda riktlinjerna berör vikten av information och stöd för rökavvänjning, hälsosam kosthållning, fysisk aktivitet, viktkontroll och följsamhet till behandling (Ibanez m.fl., 2018; Collet m.fl., 2021). Riktlinjerna för STEMI inkluderar även återgång till aktiviteter och arbete samt blodtryckskontroll (Ibanez m.fl., 2018). Riktlinjerna för NSTEMI och instabil angina som nyligen publicerades inkluderar även psykosociala faktorer, luftföroreningar, sexuell aktivitet och influensavaccinering (Collet m.fl., 2021), vilket inte finns med i riktlinjerna för STEMI. Däremot anses sexuell dysfunktion, psykosociala faktorer (Hage & Thorvaldsen, 2022) och klimatförändringar (Dresser & Balsari, 2020) som viktiga faktorer att ta hänsyn till vid återhämtningen för alla som insjuknat i hjärtinfarkt. Befintliga riktlinjer för STEMI kan därmed anses som bristande. De nationella riktlinjerna består av rökavvänjning och fysisk aktivitet. Hjärtrehabilitering från hälso- och sjukvården skall erbjudas där två träningspass per vecka i minst tre månader erbjuds. Stresshantering nämns som åtgärd men är inte rekommendation eller vidare förklarat (Socialstyrelsen, 2018). De nationella riktlinjerna saknar därmed flera av de rekommendationer som de europeiska riktlinjerna belyser för både STEMI, NSTEMI och instabil angina. Riktlinjer är ett viktigt stöd i sjuksköterskans arbete för evidensbaserad omvårdnad, något som försvåras när dessa är bristfälliga. Behovet av uppdaterade nationella riktlinjer bekräftas även av forskare inom kardiologi (Brandberg & Jernberg, 2021).

Konsekvenser av bristfällig hjärtsjukvård för kvinnor

Upplevelser av oro, stress och ångest relaterat till den nya livssituationen är inte ovanligt efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Mehta m.fl. (2016) beskriver att tiden för återhämtning beror på komplexiteten i symtom. Återhämtningen är därmed individuell både i symtom och tid. Hage och Thorvaldsen (2022) menar att ångest relaterat till sin praktiska förmåga i vardagen, samt oro kring utlösande av nya hjärtproblem, är två omfattande orsaker till försämrad livskvalitet hos denna patientgrupp. Norlund (2022) belyser att kvinnor upplever ångest i högre grad efter hjärtinfarkt, något som kan påverka prognosen negativt. Dessutom har kvinnor mer än dubbelt så stor risk att drabbas av nedstämdhet efter en hjärtinfarkt jämfört med män (Norlund, 2022). Det är alltså tydligt att kvinnor har behov av förbättrad hjärtsjukvård. Men hur denna vård skall bedrivas saknas i befintlig forskning. Resurserna för botande och rehabiliterande vård har enligt Gralén m.fl. (2019) ökat i Sverige med 51% från 2001 till år 2017. Trots detta finner Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) att hjärtsjukvården för kvinnor är bristfällig på flera plan i jämförelse med vården för män. Det

bristande omhändertagandet av kvinnor, menar Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022), kan leda till förlängda vårdtider, vilket tyder på en ineffektiv resursfördelning.

Den grundutbildade sjuksköterskans roll i vården vid hjärtinfarkt

Hjärt- och kärlsjukdomar tillhör gruppen folksjukdomar och som grundutbildad sjuksköterska är det mycket vanligt att möta patienter med både kroniska och akuta tillstånd i cirkulationsorganen. Inom slutenvården kan sjuksköterskan möta patienter både vid den akuta fasen och i den akuta eftervården. Inom primärvård kan sjuksköterskor möta patienter som insjuknar akut men också i preventiva eftervården för denna patientgrupp, exempelvis inom hjärtrehabiliteringen. För att kunna erbjuda adekvat vård är det därmed av stor vikt att den grundutbildade sjuksköterskan har goda kunskaper inom AKS. Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning (2017b) lyfter att sjuksköterskan ska hålla sig uppdaterad på aktuell forskning för att i sitt arbete kunna tillämpa bästa möjliga evidens. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) 3 kap 1 § ska vården bedrivas på lika villkor oavsett patient och sträva efter god hälsa hos befolkningen. Sjuksköterskan ska arbeta utefter sin kompetensbeskrivning. I möte med patienter innebär det bland annat att hen skall undersöka riskbedömningar, erbjuda information och använda ett personcentrerat förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Vården efter en hjärtinfarkt innebär flera moment som syftar till sekundärprevention för återinsjuknande och ökad livskvalitet för patienten. Sjuksköterskan har en viktig roll för att genom omvårdnadsåtgärder motivera patienten både med livsstilsförändringar, efterlevnad till behandling och genom stöd för stress- och ångesthantering. Sjuksköterskan är en viktig kontakt för patienten och kan via rätt tillvägagångssätt stötta patienten till ett gott liv (Hage & Thorvaldsen, 2022). Då tidigare given information om kvinnors höga mortalitet och dålig prognos efter hjärtinfarkt är ett faktum, behöver sjuksköterskan utöka sin kunskap om denna patientgrupp för att kunna sätta in mer effektiva omvårdnadsåtgärder.

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård har visat sig förbättra hälsoutfall och öka patienttillfredsställelse. Ekman m.fl. (2011) beskriver personcentrerad vård som reduktionismens antites. Med detta menas att patienten ska ses som en person utifrån ett holistiskt perspektiv och inte reduceras till aktuellt sjukdomstillstånd. Vidare ska patienten involveras för att öka samstämmighet mellan patient och vårdpersonal vid utformning av vårdplaner. Ekman m.fl. (2011) utgår ifrån personcentrerad vård istället för patientcentrerad vård. Detta för att undvika fixering på sjukdom och objektifiering av patienterna. Målet med personcentrerad vård är att engagera och hjälpa patienten att leva det liv hen önskar. Därmed bör vårdandet utgå ifrån mer än endast sjukdom. Det personcentrerade förhållningssättet utgår ifrån tre hörnstenar: partnerskapet, delat beslutsfattande och säkerställning av partnerskap. Dessa innebär att ta del av individens berättelse och därmed kunna synliggöra vad hälsa betyder för hen. Därefter

skapa ett partnerskap mellan patienten och relevanta vårdprofessioner, där man tillsammans skapar förutsättningar och tar gemensamma beslut för att främja hälsa för den enskilde individen. Vårdplanen formas genom att kombinera patientens kunskap om sig själv med vårdprofessionens expertis och erfarenhet av effektiva tillvägagångssätt. För att säkerställa planerade åtgärder och gemensamt beslutsfattande, sker dokumentation ofta i form av en vårdplan, som både patient och personal har tillgång till. Detta för att både patienter och vårdgivare ska kunna följa upp och gemensamt utvärdera vägen mot de satta målen (Ekman m.fl., 2011).

McCormack m.fl. (2010) beskriver hur det personcentrerade förhållningssättet utgår ifrån en vårdrelation mellan patient och vårdare. Zhao m.fl. (2016) beskriver hur vårdrelationen ska präglas av tillit, respekt, samspel och delat beslutsfattande. Zhao m.fl. (2016) menar att vårdpersonal som endast ser patientens sjukdom missar möjligheten att se hela personen och att detta innebär risk för att viktig information undgås. Detta kan resultera i att patientens mål och vilja inte belyses, vilket är viktigt ur ett personcentrerat perspektiv. McCormack m.fl. (2010) lyfter viktiga faktorer som möjliggör personcentrerad vård. Engagemang hos sjuksköterskor, uppmuntran från chefer och organisation, samt anpassad vårdmiljö anses som mycket viktiga. Vidare beskriver McCormack m.fl. (2010) att sjuksköterskan ständigt måste arbeta för utveckling inom förhållningssättet. Detta genom att undersöka och kritiskt ifrågasätta sin förförståelse. Vidare beskriver Ekman m.fl. (2011) att personcentrerad vård är utgångspunkten för att bygga ett jämlikt partnerskap och samarbete mellan patient och vårdpersonal. Sjuksköterskan är även enligt legitimationen skyldig att bedriva jämlik vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att alla individer, oavsett kön, könsidentitet, socioekonomisk status, funktionsförmåga, etnicitet, ålder, utbildning eller religiös tillhörighet ska bli bemötta och erbjudas omvårdnad och behandling på lika villkor (Socialstyrelsen, 2019). Det handlar om att möjliggöra rätten till varje persons bästa möjliga hälsa, vilket även betonas i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter (Förenta Nationerna, 2008). Genus skapas genom sociala konstruktioner baserat på normer som delar in människor i kvinnor och män (Pherson & Tengelin, 2015). Normer leder som i sin tur till maktförhållanden i samhället. Dessa normer finns i samhället och redan under barndomen formas pojkar och flickor in i fack. Även i vården existerar dessa normer. Inom vården har den manliga patienten historiskt varit huvudperson. Till detta följer att undersökningar, behandlingar och riktlinjer i mångt och mycket utformas utifrån manlig anatomi. Hur genus påverkar vårdandet är svårt att säkert mäta i forskning. Däremot visar forskning att genusnormer påverkar vårdpersonalens bedömningar och vårdandet gentemot patienter (Pherson & Tengelin, 2015). Okunskapen och svårigheter till kritiskt tänkande om genus utgör ett hinder för jämlik vård. För att skapa en jämlik vård krävs att vårdpersonal arbetar självkritiskt och blir medvetna om sin förförståelse (Pherson & Tengelin, 2015). Svensk sjuksköterskeförening (2017a) belyser behovet av mer genusforskning med avstamp i omvårdnadsvetenskap för att bidra till jämlik vård.

Sjukdomslidande och vårdlidande

Eriksson (2015) beskriver lidandet som två motsatta dimensioner. En positiv tolkning av lidandet som en drivande kraft och en negativ tolkning som speglar sorg och döende. Lidande förklaras därför som ett vidare begrepp än sjukdom. Det finns olika typer av lidande. Eriksson (2015) beskriver sjukdomslidande som ett lidande kopplat till en diagnos, symtom eller behandling av sjukdom. Hjärtinfarkt är ett akut livshotande tillstånd där de som överlever påverkas i olika grad efter insjuknandet. Sjuksköterskor som möter patienter efter hjärtinfarkt bör vara uppmärksam på om, och hur väl, patienterna hanterar ett eventuellt sjukdomslidande och stötta patienterna i detta. Vidare beskriver Eriksson (2015) vårdlidande som innebär ett lidande som skapas genom given vård eller genom brist på vård. Detta lidande kan uppstå då patienter i mötet med vården upplever sig negligerade, kränkta eller osäkra. Vårdlidande kan även orsakas då vården inte tagit hänsyn till patientens individuella behov. Det kan även bero på goda intentioner där antaganden om patienten leder till handlingar som resulterar i vårdlidande hos patienten (Eriksson, 2015).

Problemformulering

Forskning visar att kvinnor har sämre prognos och högre dödlighet än män vid hjärtinfarkt. Kvinnors komplikationer skiljer sig från mäns och drabbar dem på flera plan. Trots detta saknas adekvata riktlinjer och medvetenhet hos vårdpersonal om dessa skillnader mellan könen. Riktlinjerna är tydliga avseende vikten av rökstopp och fysisk aktivitet vid hjärtrehabilitering, men saknar tydlighet för andra omvårdnadsåtgärder som kan komma att vara centrala i omhändertagandet av kvinnor i eftervården av hjärtinfarkt. För att förbättra och utöka omvårdnadsåtgärder i eftervården för kvinnor är det viktigt att studera hur kvinnor upplever den nuvarande eftervården, och vilka känslor som väcks under återhämtningen. Det behövs därför mer forskning om kvinnors erfarenheter för att kunna belysa viktiga omvårdnadsbehov vid återhämtning efter hjärtinfarkt.

Syfte

Syftet med denna studie är att belysa kvinnors erfarenheter av återhämtning efter hjärtinfarkt.

Metod

Studiens design formades efter Karlssons (2017) beskrivning av litteraturöversikt med fokus på kvalitativ forskning. En litteraturöversikt avser att sammanställa befintlig empirisk forskning inom ett visst område för att skapa ökad förståelse kring ett fenomen eller problem (Friberg, 2022). Genom att anpassa designen efter syftet avgränsas studiens omfattning och får ett tydligare fokus (Henricson & Billhult, 2017).

Datainsamling

En förberedande litteratursökning genomfördes för att samla vetenskaplig information om problemområdet. Inledningsvis avgränsades syftet till grund för problemformulering och sökorden med hjälp av SPICE-modellen (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2020). Strukturering av syftet med hjälp av SPICE är det mest etablerade för kvalitativ forskning och lämpas väl för denna studies syfte. Modellen består av fem enheter: (S) setting, (P) perspective, (I) intervention, (C) comparison och (E) evaluation (SBU, 2020). Applicerat till studiens syfte, se Tabell 1. Litteratursökningen gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och Psycinfo, då dessa har en biomedicinsk respektive omvårdnads- och beteendevetenskaplig inriktning (Karlsson, 2017). Sökblocken formades utifrån SPICE för att specificera sökningen och begränsa sökträffarna på ett effektivt sätt. De ord som utgör grunden för sökblocken är akut kranskärslsjukdom, erfarenheter och kvalitativ forskning (se Tabell 2). Valet att använda sökblocket “*Kvalitativ forskning*” gjordes för att specifikt fånga studier som undersöker erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017). Sökorden formulerades med hjälp av ämnesordlistor specifika för databaserna för att precisera sökningarna (Karlsson, 2017). Med hjälp av Booleska termerna “AND” och “OR” avgränsades och utvidgades sökningen (Östlundh, 2022; Karlsson, 2017). Även frassökning tillämpades för att använda söktermer bestående av flera ord på ett korrekt sätt. Trunkering användes i databaserna Cinahl och Psycinfo för att expandera litteratursökningen (Karlsson, 2017). Detta applicerades inte i PubMed eftersom det snarare snävade ner än ökade resultatets omfattning av artiklar. De slutgiltiga sökningarna presenteras i Bilaga 1.

Tabell 1. SPICE-modellen

S	Ej relevant för syftet
P	Kvinnor
I	Återhämtning efter hjärtinfarkt
C	Ej relevant för syftet
E	Erfarenheter

Tabell 2. Sammanställning av sökord.

Engelska	Cinahl Headings	Mesh Term	Thesaurus	Synonymer
Acute coronary syndrome	Acute Coronary Syndrome OR Myocardial infarction	Acute coronary syndrome OR Myocardial Infarction OR Chest pain	Myocardial infarction OR Coronary thromboses	stemi OR nstemi OR “angina, unstable” OR “acute myocardial infarction” OR ACS OR “Heart attack”
Experience	Attitude OR Perception OR Attitude to Health OR Quality of Health Care	Attitude OR behavior OR thinking OR attitude to health	Health attitude OR thinking OR Quality of Care	experience OR View OR feeling OR perspective OR Feeling
Qualitative research	Qualitative Studies OR Phenomenology	Qualitative Research OR Hermeneutics OR	Qualitative Measures OR Hermeneutics OR Interview OR	-

	OR Interview OR Narrative	Interview OR Narration	Qualitative Methods OR Phenomenology	
--	---------------------------	------------------------	--------------------------------------	--

Urval

I syfte att begränsa sökningen och att fånga in problemområdet utformades inklusions- och exklusionskriterier (Karlsson, 2017). På valda databaser inkluderades filtrering av språk till engelska och svenska, peer reviewed och publiceringsår (2012-2022). Ytterligare inklusionskriterier var kvalitativa studier och kvinnliga deltagare. Dessa studier inkluderades vid genomgång av titlar och abstract på sökresultatet. Studier exkluderades då de inte besvarade syftet, undersökte fler sjukdomstillstånd än hjärtinfarkt, studier med gravida kvinnor, studier med endast manliga deltagare och studier med patienter under 18 år. Även studier som specifikt inriktas på hur återhämtningen påverkades av att leva långt ifrån sjukhus exkluderades. Dessa exklusionskriterier valdes för att minska risken för att specifika förhållanden skulle påverka resultatet. Kvantitativa studier exkluderades eftersom studien syftar till att undersöka upplevelser och erfarenheter. Ytterligare exklusion gällde artiklar som undersökte erfarenheter efter bröstsmärta, studier som undersökte närståendes erfarenheter, samt erfarenheter av vården i det akuta skedet, då det ej stämde överens med studiens syfte. Artiklar som endast berörde SCAD, MINOCA eller Takotsubo exkluderades då dessa tillstånd beror av annan orsak än ateroskleros i kranskärlen, samt att okunskap hos vårdpersonal och bristande forskning kring dessa tillstånd ytterligare kan påverka erfarenheten hos dessa kvinnor.

Båda författarna var delaktiga i urvalet av artiklar. Genom individuell granskning av artiklarnas abstract kunde relevanta artiklar för studien som också uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna identifieras. Det initiala urvalet resulterade i åtta artiklar efter sållning av dubletter på de olika databaserna. På grund av att urvalet till analys blev litet, utfördes ytterligare en sökning i de tre tidigare nämnda databaserna. För att uppnå en tillfredsställande mängd artiklar för studiens omfattning gjordes samma sökning med ett ökat tidsspänn på ett år. Det ändrade inklusionskriteriet innebar att artiklar från mellan år 2011 och 2022 inkluderades. Genom att först göra om de initierande sökningarna kontrollerades att inga nytillkomna artiklar publicerats sedan första sökningen. För att sedan genomföra en sökning specifikt för år 2011 i vardera databas (se Bilaga 1). Den nya sökningen resulterade i 1 ytterligare artikel, vilket sammanlagt accepterades av författarna som ett tillfredsställande antal artiklar. Sammanlagt inkluderades åtta kvalitativa artiklar och en artikel med mixad metod.

Kvalitetsgranskning

Valda artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av granskningsmall för kvalitativa studier från SBU (2022a), samt granskningsmallen “*Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*” för artikel

med mixad metod (Hong m.fl., 2018). Granskningsmallen MMAT är en kvalificerad granskningsmall specifikt för studier med mixad metod. Författarna bedömde först artiklarna var för sig för att sedan gemensamt gå igenom och sammanställa en slutgiltig bedömning. Kvaliteten bedömdes genomgående som medelhög till hög för samtliga artiklar (se Bilaga 3), vilka därmed inkluderas i denna studie. Som stöd i artikelgranskningen bedömdes brister och styrkor även avseende trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet, vilket rekommenderas av Mårtensson och Forslund (2017). Majoriteten av artiklarna i denna studie var kvalitativa undersökningar. Många utformades med en fenomenologisk ansats eller Grounded Theory. De hade genomgående arbetat med ett öppet förhållningssätt, utgick från ändamålsenligt urval och genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Henricson och Billhult (2017) redogör för att dessa är erkända metoder för kvalitativ forskning, vilket Mårtensson och Forslund (2017) menar stärker artiklarnas trovärdighet.

Dataanalys

Författarna genomförde initialt individuell läsning av alla artiklar för att skapa en grundläggande uppfattning för analysens innehåll. Författarnas förförståelse har hanterats genom att författarna tillsammans och enskilt reflekterat över förkunskaper kring ämnet, genomgående använt ett öppet förhållningssätt och kontinuerligt diskutera förväntningar på studiens utfall. För att begränsa förförståelsens inverkan vid studiens utformning undvek författarna att involvera resonemang eller tolkningar vid insamling och framställning av resultatet. Artiklarna lästes flertalet gånger för att få en djupare förståelse och sammanfattades efter syfte, metod och resultat för gemensam analys (se Bilaga 2). Därefter diskuterades relevanta fynd för studiens syfte, som extraherades av båda författarna och sammanfattades som stöd för dataanalysen (Friberg, 2022). Fynden översattes från engelska till svenska för att underlätta analysarbetet och följdes av uppdelning i teman. Likheter och skillnader i artiklarnas resultat identifierades gemensamt av författarna i uppdelning av subteman och huvudteman. Osäkerheter och oenigheter i analysen diskuterades därefter tills en enig uppfattning fastställts (Friberg, 2022).

Etiska ställningstaganden

För vetenskapliga studier innebär forskningsetik att författarna genomgående har ett etiskt förhållningssätt under arbetet (Kjellström, 2017). Författarna av denna studie har genom arbetet varit medvetna om att etiska frågeställningar kan uppstå på grund av författarnas språkliga förkunskaper vid tolkning av texter. Det handlar också om kritisk etisk granskning av litteraturen för att säkerställa att individer som deltagit inte farit illa av undersökningarna. Även att informerat samtycke till studien genomförts ligger till grund i den etiska bedömningen (Kjellström, 2017). Författarna har under hela processens gång utgått från ett etiskt förhållningssätt, genom att ställa sig kritisk till ingående artiklars urvalsprocess, datainsamling och analys.

Resultat

Resultatet i denna litteraturstudie baseras på kvalitativa data ur nio empiriska forskningsartiklar publicerade mellan år 2011 och 2022. Resultatet svarar på syftet kvinnors erfarenheter av, och omvårdnadsbehov vid, återhämtning efter hjärtinfarkt. Tre huvudteman och nio subteman analyserades fram (se Tabell 3). *Det nya livet*, *Omgivningens betydelse* och *Vårdens bemötande*. Under huvudtemat *Det nya livet* formades subteman *Självbild och kroppsuppfattning*, *Att återfå kontroll*, *Kvinnornas väg till livsstilsförändringar*, *Kvinnornas hälsoproblem* och *Rädsla för återinsjuknande*. Subteman till *Omgivningens betydelse* är *Socialt stöd* och *Sexuella relationsproblem*. För *Vårdens bemötande* formulerades *Bristande information* och *Kvinnornas relation till vårdpersonal*.

Tabell 3. Huvudteman och subteman.

Huvudteman	Subteman
Det nya livet	Självbild och kroppsuppfattning Att återfå kontroll Kvinnornas väg till livsstilsförändringar Kvinnornas hälsoproblem Rädsla för återinsjuknande
Omgivningens betydelse	Socialt stöd Sexuella relationsproblem
Vårdens bemötande	Bristande information Kvinnornas relation till vårdpersonal

Det nya livet

Huvudtema *Det nya livet* belyser hur förändringar i det dagliga livet påverkade kvinnorna. Temat berör fysiska och psykiska faktorer som påverkat återhämtningen både positivt och negativt.

Självbild och kroppsuppfattning

Självbilden och kroppsuppfattningen påverkades av de förändringar som kvinnornas nya hälsotillstånd innebar. Framförallt präglades erfarenheterna av negativa tankar kring deras förlorade självständighet som ledde till ångest och depression (Smith, 2017b). Kvinnorna upplevde sin kropp som trasig och kände smärta i att inte längre kunna lita på den. Den nya kroppsuppfattningen hindrade kvinnorna att ta sig vidare i livet (Stevens och Thomas, 2012; Sjöström-Strand m.fl., 2011). Många kvinnor beskrev en sorg i att ha förlorat sitt fria liv och sin roll som självständig kvinna, mamma och omhändertagare. Att relationen till deras närstående kraftigt förändrades och att de själva nu var beroende av andra drabbade dem hårt (Stevens & Thomas, 2012). Sjöström-Strand m.fl. (2011) beskriver hur medicineringen innebar att kvinnorna upplevde sig misslyckade då deras kroppar var beroende av läkemedel. Det var även vanligt med biverkningar som skapade ångest och ökade distansen till deras

kroppar. Wieslander m.fl. (2016) beskriver däremot ett mer positivt förhållningssätt, där kvinnorna underlättade för sig själva i återhämtningen genom att ta till sig ny kunskap och våga försöka att ändra sitt levnadssätt. Stresshantering beskrevs som en viktig resurs för att stärka självbilden och kvinnorna rapporterade hur de inte längre lät oro dominera på samma sätt som tidigare. Med en vilja att skapa en ny inställning till livet skapades inspiration för att lägga tid och energi på livsstilsförändringar. Livet efter öppnade upp för möjligheter att göra livet till det bättre, exempelvis hitta nya intressen som ökade livsglädjen (Wieslander m.fl., 2016). Sjöström-Strand m.fl. (2011) rapporterar också om en beskriven tacksamhet för att få en andra chans till livet och att kvinnorna njöt av att få leva.

Att återfå kontroll

Många kvinnor beskrev hur hjärtinfarkten fick dem att tappa kontrollen över deras liv och att detta försvårade återhämtningen. Hur kvinnorna hanterade sin nya livssituation varierade. Smith m.fl. (2017b) och Fuochi och Foà (2018) fann att flera kvinnor upplevde det svårt att acceptera det nya hälsotillståndet och valde istället att förneka den nya livssituationen. Kvinnorna rapporterade att detta var ett tillvägagångssätt för att öka hanterbarheten av deras ändrade hälsotillstånd som skapades av sjukdomen. Fuochi och Foà (2018) såg ett samband mellan att kvinnor som hade en positiv attityd och var problemorienterade upplevde högre livskvalitet, tro på självförmåga och socialt stöd. Kvinnor som istället använde sig av undvikande copingstrategier såsom förnekelse upplevde lägre tro på sin självförmåga. Även Smith m.fl. (2017b) såg att kvinnor som fokuserade på återhämtning och justering av levnadsvanor mer effektivt byggde upp sitt självförtroende, vilket ansågs som en viktig faktor för upplevd kontroll. Wieslander m.fl. (2016) bekräftar vikten av en positiv attityd till återhämtning. Återgång till intressen och arbete var även viktiga faktorer för återhämtningen och hanterbarheten. Återgång till aktiviteter som innan insjuknandet tillhört vardagen rapporterade kvinnorna som en vinst i kampen mot sjukdomen. Dessa aktiviteter skapade en miljö för kvinnorna där jobbiga tankar inte dominerade, vilket genererade ett ökat välmående i vardagen. Att åter kunna utföra aktiviteter som var viktiga innan hjärtinfarkten innebar en känsla av kontroll (Wieslander m.fl., 2016).

Kvinnornas väg till livsstilsförändringar

Kvinnornas nya liv innebar att de med ett nytt perspektiv försökte prioritera viktiga faktorer för att må psykiskt och fysiskt bra. Hur väl kvinnorna lärde sig att prioritera påverkade återhämtningen i olika riktning. Enligt Wieslander m.fl. (2016) upplevde flera kvinnor att de efter sin hjärtinfarkt ansåg det lättare att prioritera sina egna behov före andras behov i deras närhet. De kvinnor som prioriterade sina behov stärktes i sin självbild. Davis m.fl. (2020) och Wieslander m.fl. (2016) såg att de kvinnor som upplevde svårigheter i att prioritera sig själv före familj och vänner inte lika lätt genomförde livsstilsförändringar. Även Stevens och Thomas (2012) och Davis m.fl. (2020) rapporterar om att kvinnor fann det svårt att prioritera sig själva före familjen. Kvinnorna ville inte oroa familjemedlemmar och ville framstå som starka. Sjöström-Strand m.fl. (2011) beskriver hur kvinnorna tidigt i återhämtningen var motiverade för livsstilsförändringar. Kvinnorna fann det dock svårt att kvarhålla livsförändringar i längden och saknade ett motiverande stöd från sjukvårdspersonal.

Livsstilsförändringar kunde resultera i känslor som skuld och stress då man prioriterade sitt välmående före närstående och arbete (Stevens & Thomas, 2012).

Kvinnornas hälsoproblem

Efter hjärtinfarkten uppstod flera hälsoproblem som begränsade kvinnornas återhämtning. Sjöström-Strand m.fl. (2011) rapporterar att kvinnorna fortfarande fem år efter insjuknande upplevde svårigheter relaterat till bristande återhämtning efter hjärtinfarkt. Fatigue beskrevs särskilt som ett vanligt förekommande problem, vilket även beskrivs av Abramsohn m.fl. (2013), Søderberg m.fl. (2013), Smith m.fl. (2017b) och Stevens och Thomas (2012). Den utmattande tröttheten resulterade i känslor av irritation och osjälvständighet samt negativ emotionell påverkan och distansering från sociala sammanhang (Smith m.fl., 2017b). Koppling mellan fatigue och finansiell stress kunde uppstå då finansiella faktorer bidrog till påskyndad återgång till arbete. Detta innebar att tid för återhämtning försvann och att kvinnorna utsattes för en pressad situation där utmattning och heltidsarbete försökte kombineras (Sjöström-Strand m.fl., 2011). Abramsohn m.fl. (2013) och Søderberg m.fl. (2013) fann att den sexuella hälsan påverkades mycket efter hjärtinfarkten. Fatigue var en stor bidragande orsak till minskad återgång till ett aktivt sexliv efter hjärtinfarkt, något som orsakade både relationsproblem och stress. Andra faktorer till minskad sexuell aktivitet var biverkningar från nya läkemedel som kvinnorna erhållit efter insjuknandet (Abramsohn m.fl., 2013). Søderberg m.fl. (2013) såg också att kvinnor rapporterade försämrad fysisk förmåga och obehagliga symtom vid samlag som orsak till försämrat sexliv. Andra hälsoproblem såsom psykisk ohälsa uttryckt som stress, ångest och depression rapporterades genomgående (Stevens & Thomas, 2012; Smith m.fl., 2017b; Søderberg m.fl., 2013; Simeone m.fl., 2020; Sjöström-Strand m.fl., 2011).

Rädsla för återinsjuknande

Stevens och Thomas (2012) och Smith m.fl. (2017b) beskriver hur majoriteten av kvinnorna rapporterade rädsla för att drabbas av ytterligare en hjärtinfarkt. Rädslan resulterade i att de inte vågade delta i aktiviteter och när de väl gjorde det var de under konstant rädsla. Denna rädsla började oftast direkt efter insjuknandet och var konstant efter den akuta fasen (Stevens & Thomas, 2012). Sjöström-Strand m.fl. (2011) bekräftar detta då kvinnorna i deras studie rapporterade en fortsatt hög rädsla för återinsjuknande fortfarande fem år efter hjärtinfarkt. Detta innebar stor stress för kvinnorna, ibland så stark ångest att panikattacker kopplat till rädslan utvecklats. Smith m.fl. (2017b) fann att rädslan bland annat var kopplat till osäkerhet över att leva med hjärtsjukdom och att kvinnorna behövde bättre information. Detta menar även Simeone m.fl. (2020), Abramsohn m.fl. (2013) och Søderberg m.fl. (2013) där kvinnorna rapporterat stor rädsla över att återgå till sexuell aktivitet då rädslan för återinsjuknande fanns. Abramsohn m.fl. (2013) såg att rädslan grundades i brist på information om när återgång är lämpligt och vilken aktivitetsnivå som kroppen kan hantera. Søderberg m.fl. (2013) menar att rädsla för återinsjuknande vid samlag fanns både hos kvinnorna och deras partners. Detta var en bidragande faktor till att kvinnor avstod från att återgå till sex (Søderberg m.fl., 2013).

Omgivningens betydelse

Huvudtemat *Omgivningens betydelse* berör hur kvinnorna rapporterade förändringar i sitt sociala liv samt hur det påverkade återhämtningen.

Socialt stöd

Socialt stöd beskrivs som en avgörande resurs för återhämtning och välmående (Fuochi & Foà, 2018; Wieslander m.fl., 2016; Stevens & Thomas, 2012; Davis m.fl., 2020; Sjöström-Strand m.fl., 2011 och Smith m.fl., 2017b). De kvinnor som inte hade tillräckligt socialt stöd hade trots vilja svårt att genomgå livsstilsförändringar (Sjöström-Strand m.fl., 2011). Wieslander m.fl. (2016) lyfte att stöttande sammanhang var värdefullt och stärkande. Fuochi och Foà (2018) fann att bra socialt stöd förbättrade upplevelsen av livskvalitén och återhämtningen. Smith m.fl. (2017b) rapporterar att kvinnor ibland upplevde lågt socialt stöd vilket ledde till ilska och att de upplevde att de blev tagna för givet. Kvinnorna rapporterade låg förståelse hos deras närstående för att sjukdomen påverkat dem själsligt. Att inte få frågor om deras psykiska mående var upprörande (Smith m.fl., 2017b). Davis m.fl. (2020) menar att kvinnorna tryckte undan sina känslor för att inte uppröra sin familj och därmed försvann viss möjlighet till viktigt socialt stöd.

Sexuella relationsproblem

Simeone m.fl. (2020), Abramsohn m.fl. (2013) och Søderberg m.fl. (2013) belyser hur kvinnors sexuella hälsa påverkades negativt efter hjärtinfarkten. Detta skapade relationsproblem och ångest, vilket upplevdes begränsa återhämtningen. Kvinnorna hade olika uppfattning om huruvida sexlivet var väsentligt för dem personligen. Samtidigt upplevde flera sexlivet avgörande för relationen. Kvinnorna upplevde efter insjuknandet ett mindre behov av samlag men större behov av intimitet, vilket inte alltid matchade partners behov och önskan (Søderberg m.fl., 2013). Minskad sexlust efter insjuknande och svårigheter i kommunikation med partner rapporterades enligt Simeone m.fl. (2020) som största orsak till förändrat sexliv. Abramsohn m.fl. (2013) och Søderberg m.fl. (2013) beskriver dock att sexlivet framförallt påverkades av fatigue. Kvinnorna upplevde även att rädsla för återinsjuknande i hjärtinfarkt var en bidragande faktor till att de avstod från sex (Søderberg m.fl., 2013). Abramsohn m.fl. (2013) fann däremot att kvinnorna var mycket motiverade för återgång till aktivt sexliv men att faktorer som rädsla och brist på information hindrade detta. Både Simeone m.fl. (2020) och Søderberg m.fl. (2013) rapporterar om att dessa faktorer leder till stora relationsproblem för kvinnorna. Enligt Abramsohn m.fl. (2013) och Søderberg m.fl. (2013) upplevde kvinnorna att återgång till sex var viktigt för återhämtningen. En del av kvinnorna valde att trotsa sin osäkerhet kring hälsan och återupptog intimitet med sin partner, vilket de upplevde befriande och viktigt för den totala återhämtningen (Søderberg m.fl., 2013).

Vårdens bemötande

I huvudtemat *Vårdens bemötande* beskrivs kvinnornas syn på vårdens roll under återhämtningen. Både stöttande och hindrande faktorer för återhämtning belyses inom detta tema.

Bristande information

Vag och ospecifik information kring förväntad hälsa och möjliga problem under läkandet var ett återkommande hinder för återhämtningen (Stevens & Thomas, 2012; Abramsohn m.fl., 2013; Søderberg m.fl., 2013, Smith m.fl. 2017b; Sjöström-Strand m.fl.; 2011). Sjöström-Strand m.fl. (2011) vittnar om bristande information om förskrivna läkemedel och biverkningar vilket resulterade i osäkerhet avseende hälsa och framtid. Stevens och Thomas (2012) och Sjöström-Strand m.fl. (2011) rapporterar att kvinnorna upplevde att de inte fick svar på viktiga frågor, exempel kring varför de drabbats av en hjärtinfarkt. De obesvarade frågorna skapade stress, ångest och vilsenhet under återhämtningen. Stevens och Thomas (2012) rapporterade att många av kvinnorna upplevde osäkerhet kring aktiviteter och vilken aktivitetsnivå de bör utsätta kroppen för och inte. De generella instruktionerna givna vid utskrivning från slutenvården upplevdes inte tillräckliga och viktig information saknades (Stevens & Thomas, 2012). Simeone m.fl. (2020), Abramsohn m.fl. (2013) och Søderberg m.fl. (2013) fann att kvinnorna saknade information om deras sexuella hälsa. Att kvinnorna själva inte lyfte ämnet med vårdpersonal berodde på stigma, att kvinnorna inte såg behov av informationen eller att de inte förväntade att den sexuella hälsan skulle påverkas (Simeone m.fl., 2020). Abrahamsson m.fl. (2020) beskriver att när kvinnorna själva tog upp ämnet fick de vaga och ospecifika svar. Många beskrev sig överväldigad och missnöjda med given information om sex. Søderberg m.fl. (2013), Simeone m.fl. (2020) och Abramsohn m.fl. (2013) fann att kvinnorna önskar att sexuell rådgivning skall erbjudas från en vårdkontakt de har en god relation till, exempelvis rehabiliteringssjuksköterska. Vikten av att sjukvårdspersonal lyfter ämnet beskrivs avgörande då vissa kvinnor inte ansåg det lämpligt att själva initiera samtalet. Kunskapsbristen hos kvinnorna orsakade osäkerhet och rädsla i återhämtningsprocessen (Simeone m.fl., 2020; Abramsohn m.fl., 2013; Søderberg m.fl., 2013).

Kvinnornas relation till vårdpersonal

Abramsohn m.fl. (2013) beskrev vikten av en trygg och kontinuerlig vårdrelation så att möjlighet att dela med sig av personlig information skulle uppstå. Detta ansågs saknas i befintlig vård och innebar hinder för återhämtning. Exempelvis upplevdes det att manliga läkare inte var bekväma att prata med dem om mer privata ärenden såsom sexuell hälsa. Enligt Sjöström-Strand m.fl. (2011) ansåg de sig inte tagna på allvar vilket skadade vårdrelationen. Då kvinnor rapporterade att de inte kände sig förstådda såg Abramsohn m.fl. (2013) behov av ett bemötande som ser till individen där kvinnan involveras i vårdplaneringen. Smith m.fl. (2017b) fann hjärtrehabiliteringen som en positiv väg till information och stöttning i acceptans och anpassning efter sjukdomen. Wieslander m.fl. (2016) och Smith m.fl. (2017b) såg att kvinnor var positiva till att få dela tankar och känslor med andra i samma situation under rehabiliteringen, detta ansågs stärka välmåendet.

Wieslander m.fl. (2016) lyfter även andra faktorer för en god vårdrelation. Att bli sedd och lyssnad på skapade en trygg atmosfär. Detta möjliggjorde att kvinnorna kunde lyfta sina bekymmer och problem med vårdpersonal. De uppskattade lättillgänglighet till rehabiliteringen och att ha en kontaktsjuksköterska att vända sig till. De kvinnor vars partner fick ta del av rehab upplevde ökad förståelse från partnern rörande återhämtningen (Wieslander m.fl., 2016). Stevens och Thomas (2012) beskriver brist på information och stöd från sjukvården i det akuta skedet, vilket orsakade osäkerhet och ensamhet i återhämtningen. Kvinnor rapporterade att de i det akuta skedet inte blivit trodda på, blivit feldiagnostiserade och förminskade, något som påverkade deras återhämtning då förtroendet till vården tagit skada. Sjöström-Strand m.fl. (2011) såg att mer stöttning vid livsstilsförändringar men också mer generell stöttning under återhämtningen önskades. Kvinnorna tyckte framförallt att de behövde hjälp under en längre tid än vad som erbjöds. Stöd från vården varierade tid, vanligast beskrevs ett år kontinuerlig kontakt. Detta ansågs alldeles för lite. De hade fortsatt stort behov av stöd och information från sjukvården. Ett behov som inte möttes. De som fått delta i hjärtrehabilitering specifikt för kvinnor upplevde detta som ett mycket stort stöd i deras återhämtning (Sjöström-Strand m.fl., 2011).

Metoddiskussion

Studiedesign

För att besvara hur kvinnors erfarenheter av och omvårdnadsbehov ser ut vid återhämtning efter hjärtinfarkt gjordes denna litteraturstudie utifrån induktiv ansats. Valet av studiedesign baserades på att metoden ansågs lämplig för att besvara syftet. Valet baserades även utifrån studiens etiska förhållningssätt. En litteraturöversikt interagerar inte med deltagare utan grundar sig på redan befintlig forskning, vilket är en fördel då studien inte påverkar klinisk verksamhet (Kjellström, 2017). Ett induktivt förhållningssätt öppnar upp för bred analys där teorier och omvårdnadsbegrepp inte bestämts från början. Vid analysen hade författarna möjlighet att inkludera relevanta begrepp och teorier för att i analysen, med hjälp av omvårdnadsteori, synliggöra implikationer till omvårdnad (Henricson, 2017).

Datainsamling

Sökorden formulerades initialt med hjälp av SPICE-modellen (SBU, 2020) och bearbetades i flera steg innan sökningarna gav specifika och relevanta träffar för studiens syfte. Initialt valdes flera sökord från den utformade SPICE-modellen. Detta resulterade i en relativt snäv sökning och därför valdes endast vissa grundord för att bredda den nya sökningen. Den nya sökningen resulterade i stor mängd träffar, trots detta uppkom svårighet i att hitta ett tillfredsställande antal artiklar. Detta innebar att ytterligare en sökning utfördes i vardera databas. Den nya sökningen såg likadan ut som tidigare men inkluderade ytterligare ett år i tidspannet för publicering. Svårigheter i att hitta tillräcklig mängd artiklar kan bero på ett

litet underlag inom forskningsområdet, men kan även bero på brister i sökningens sensitivitet vilket ökar risken för att relevanta artiklar föll bort. För att öka sökningens sensitivitet och specificitet hade fler booleska operatörer kunnat användas (Karlsson, 2017). Exempel på relevanta ämnen som booleska operatören “NOT” hade kunnat sortera bort är “covid” och “male”. Covid var inget som författarna kunde förutse utan detta blev tydligt när sökningen genomfördes. Artiklar med manliga deltagare valdes att sorteras bort manuellt för att minska risken att relevanta artiklar skulle falla bort. Ett alternativ för att inkludera fler artiklar är att göra en jämförande analys där artiklar som undersöker mäns erfarenheter inkluderas och jämförs med kvinnors. Detta alternativ uteslöts då tidsomfattningen inte räckte till. Befintliga artiklar svarar väl an på syftet, men en större mängd artiklar hade, enligt författarna, varit önskvärt.

Urval

Under urvalsprocessen följdes förutbestämda inklusion- och exklusionskriterier noga. Dessa kriterier formades under sökningens och syftesformuleringens gång. Ytterligare kriterier tillkom då det i sökresultatet framkom artiklar som inte var relevanta för syftet. Detta resulterade i att studier där andra faktorer undersöktes såsom socioekonomiska faktorer och sjukdomstillstånd kombinerat med hjärtinfarkt exkluderades manuellt. Även studier som inkluderade gravida kvinnor valdes bort då patientgruppen har skäl att erfara återhämtningen annorlunda. Detta eftersom graviditeten i sig kan vara en period som väcker mycket känslor vilket gör det svårare att, i en studie, avgöra vilka erfarenheter som är kopplade till hjärtinfarkten och vilka som beror av övriga tillstånd eller situation. Endast artiklar som var peer reviewed inkluderades, vilket Henricson (2017) menar stärker trovärdigheten. Inför sökningen gjordes inget beslut rörande tidsspännet från att kvinnorna haft hjärtinfarkt. Detta resulterade i att de inkluderade studierna undersöker kvinnors erfarenheter vid olika tid efter hjärtinfarkt. Urvalet gjordes enligt dessa kriterier och resulterade i nio artiklar, varav åtta använde kvalitativ metod och en mixad metod. Artiklarna var från USA, Sverige, Danmark, England, Irland och Italien. Det fanns inga krav på ursprungsland vid datainsamlingen, däremot hittades inga relevanta artiklar från andra världsdelar än Europa och Nordamerika.

Kvalitetsgranskning

Att utföra kvalitetsgranskningen utmanade författarna då svårigheter i att väga styrkor och svagheter mot varandra i granskningen uppstod. Som stöd i avvägningar togs hänsyn avseende trovärdighet, överförbarhet och pålitlighet, vilket enligt Mårtenson och Fridlund (2017) stärker trovärdigheten för den aktuella studien. För att nå god kvalitet i granskningen användes SBU:s granskningsmall *“Bedömning av studier med kvalitativ metodik”* (SBU, 2022a), SBU:s mall *“Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik”* (2022b) samt rådgivning från biomedicinska bibliotekspersonalen på Göteborgs universitet. Ett förbestämt krav var att studier med allvarliga brister skulle exkluderas. Då samtliga studier ansågs ha måttlig till hög kvalitet var detta en exklusion som inte påverkade det slutgiltiga

urvalet. Brister som framkom för studier med måttlig metodologisk kvalitet berodde i huvudsak på bristande redogörelse för författarnas förförståelse, deklaration av intressekonflikt och otydliga beskrivningar av rekryteringsprocessen. Inkludering av artiklarna till denna studie motiveras då bristerna inte ansågs väga tyngre än relevansen för studiens syfte. Eftersom de inkluderade artiklarna inte hade någon tydlig agenda eller gynnade någon form av intervention eller sakfråga ansågs artiklarnas kvalitet inte påverkas i så pass stor utsträckning att låg kvalitet förekom.

Dataanalys

Författarna uppmärksammade sin förförståelse och utförde analysen gemensamt. De inkluderade artiklarna innehåller flertalet citat. För att undvika att författarnas tolkning av dessa citat påverkade analysen eftersträvades en förståelse för citatens innebörd kopplas endast till artikelförfattarnas tolkningar. Artiklarnas akademiska språk utmanade författarna. Stöd från översättningstjänster och studiekollegor användes för att minska risken för eventuell feltolkning.

Överförbarhet

Kvalitativa data baseras på upplevda erfarenheter och besvarar forskningsfrågor som kvantitativ data inte kan besvara. Kvalitativ data har därmed mindre möjlighet till generaliserbarhet än kvantitativ data (Henricson & Billhult, 2017). Resultatet från denna studie bör därför användas med viss försiktighet samtidigt som det är en viktig pusselbit i utformning av vården för dessa kvinnor. Urvalet består av artiklar från länder präglade av västerländsk kultur vilket kan ses både som en styrka och svaghet. Det ökar överförbarheten för länder inom samma kultur. Samtidigt kan pålitligheten begränsas då samhällets mångkulturalitet innebär möten med patienter med annan bakgrund än västerländsk. Möjligheten att överföra resultatet till en svensk kontext ses ändå som god relaterat till de inkluderade artiklarnas ursprung.

Etiska aspekter

Vid granskning och genomgång togs hänsyn till samtliga artiklars etiska förhållningssätt. Majoriteten av de inkluderade artiklarna är godkända av en etisk kommitté, resterande är godkända av myndigheter eller universitets review board. Samtliga artiklar är publicerade i tidskrifter som kräver "peer review". Detta stärker trovärdigheten för att artiklarna utformades med godkända metoder (Henricson, 2017). Studierna inkluderar frivilliga deltagare som anonymiserats samt hade inget tydligt finansiellt syfte. Kunskapen kan vara av nytta både för sjuksköterskans profession, de kvinnliga deltagarna och framtida kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt. Därmed anser författarna att studiens metod lämpas väl till det etiska förhållningssätt som legat till grund för studien. Detta stämmer överens med Kjellströms beskrivning (2017) av etisk motivering av studier.

Resultatdiskussion

Denna litteraturöversikt syftar till att undersöka kvinnors erfarenheter efter en hjärtinfarkt, samt undersöka vilka omvårdnadsbehov som kan vara relevanta under återhämtningen. Återhämtningen är en högst individuell process och upplevs på olika sätt. Genom denna studies resultat har vi funnit ett antal gemensamma problem som kvinnor stöter på och ur dessa kunnat identifiera viktiga omvårdnadsbehov från vården. Våra resultat tyder på att bristande information och stöd från vården är en genomgående upplevelse som utgör avgörande hinder i återhämtningen. Det är inte enbart brist på information som försämrar dialogen med vården utan även bemötandet, hur information ges och patientens involvering i vårdrelationen. Bristen på information och stöd från vården påverkar återhämtningen på många plan och det sjukdomsrelaterade lidandet förstärks som följd. Detta bidrar till att återhämtningen blir en lång process.

Resultatdiskussionen syftar till att belysa viktiga omvårdnadsbehov som framkommer genom kvinnornas erfarenheter. Vi ser att den bristande informationen till viss del kan orsakas av sjuksköterskornas oförmåga att utforska patienternas behov. Sjuksköterskornas bemötande och beteende bör därför tolkas som en central aspekt för förbättringsmöjligheter i eftervården. Genom resultatet identifieras specifika hinder i återhämtningen. Dessa hinder förvärras till följd av bristande stöd från och dialog med vården. Information saknas ofta och när den ges är den vag och ospecifik. Sjukdomslidandet förvärras därmed till följd av vårdens brister och ett vårdlidande skapas. Resultatet pekar på att återhämtningen kan gynnas med hjälp av vården för att skapa möjligheter till ett bättre liv. Exempel på information som ofta önskas berör ämnen såsom rädsla för återinsjuknande, förväntat mående och sexuell påverkan efter insjuknande. I resultatet framgår ett missnöje kring brist på stöttning och motivation till hur livsstilsförändringar bör prioriteras för den enskilda personen. Behovet av en vårdande dialog med individualiserad hjälp kan författarna tyda utifrån dessa fynd. Relevant för diskussionen är därför vårdens påverkan och möjligheter, samt specifika omvårdnadsbehov för framtida förbättringar i vården.

Vårdens roll och bemötande

Studiens fynd indikerar att hjärtrehabiliteringen är en viktig insats för en god återhämtning, vilket går i linje med Junehag m.fl. (2013) som menar att hjärtrehabilitering ökar motivation till livsstilsförändringar. Resultatet betonar vikten av en trygg och kontinuerlig vårdkontakt där patienterna blir lyssnade på och involverade i vården. Detta stämmer väl överens med ett personcentrerat förhållningssätt (Zhao m.fl. 2016). Våra resultat pekar på att flera kvinnor upplevde en bristande vårdrelation där de kände sig förminskade, misstrodda och inte fick adekvat stöttning. Detta resulterade i en negativ inställning gentemot vården, vilket begränsade möjligheten att skapa en god vårdrelation. Ur ett personcentrerat förhållningssätt innebär detta att den viktiga kedjan bryts då partnerskapet fallerar. Ekman m.fl. (2011) menar att sjuksköterskor ofta anser att de bedriver en personcentrerad vård, men att det i praktiken

inte följs utifrån korrekt förhållningssätt. Detta leder till att viktiga aspekter för den personcentrerade vården tenderar att falla bort. Därför menar Ekman m.fl. (2011) att det strukturella arbetet inom personcentrerad vård är av stor vikt för att implementera och använda förhållningssättet korrekt. Utifrån studiens resultat ser vi brister avseende personcentrerad vård, vilket innebär avvikelser från sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Resultatet belyser att en god återhämtning är möjlig, men tyder på att en god vårdrelation är avgörande för många kvinnor i denna process. Ekman m.fl. (2011) bekräftar att personcentrerad vård ökar patienttillfredsställelse och belyser vikten av engagemang från vården för att kunna bedriva personcentrerad vård. Resultatet tyder på att sjuksköterskan behöver utveckla sin kompetens inom personcentrerad vård för att kunna bygga etablerade vårdrelationer som leder till stöttning för kvinnorna i deras återhämtning. McCormack m.fl. (2010) bekräftar vikten av kontinuerligt engagemang hos sjuksköterskor i personlig utveckling för att nå ett personcentrerat arbetssätt.

Ojämlighet i vården

En jämlik vård innebär en rättvist distribuerad vård, där fördelning efter behov går före lika given vård (Pherson & Tengelin, 2015). Resultatet visar att deltagarnas individuella behov inte beaktades vilket resulterade i vårdlidande. Exempelvis upplevde kvinnorna dåligt bemötande, att de lämnades med obesvarade frågor och att de inte involverades i vården. Beskrivningen av kvinnornas upplevelser faller väl in i Pherson och Tengelin (2015) beskrivning av ojämlig vård. Dessutom lämnas kvinnorna med stora omvårdnadsbehov där vården kan och ska gå in med resurser, vilket ytterligare tyder på ojämlig vård (Pherson & Tengelin, 2015). Då denna studie inte undersökt mäns erfarenheter kan inget generellt uttryckas om männens återhämtningsprocess. Däremot såg Smith m.fl. (2017a) hur män efter hjärtinfarkt uppskattade given vård och ansåg att den väl mötte deras behov. Detta påvisar tendenser till att återhämtningen ser olika ut hos kvinnor och män. Om detta grundas i brister rörande jämlik vård baserat på genusnormer bör framtida forskning undersöka.

Omvårdnadsbehovet efter en hjärtinfarkt

Resultatet stärker Hage och Thorvaldsens beskrivning (2022) av att omvårdnadsåtgärder är avgörande vid återhämtningen. Resultatet pekar på att en förändrad kroppsuppfattning och självbild bidrog till emotionellt lidande och svårigheter att gå vidare. Detta relaterades till känsla att förlora sin roll i livet och att inte kunna lita på sin kropp längre. Deltagarnas sjukdomslidande kopplat till deras nya kroppsuppfattning och självbild resulterade i flera omvårdnadsbehov. I resultatet framgår att många kvinnor efter hjärtinfarkt upplever svåra konsekvenser i livet till följd av fatigue. Denna extrema utmattning uttrycktes som en barriär för livsstilsförändringar, återupptagande av viktiga aktiviteter och sociala interaktioner. Detta resulterade i depression och sorg, men även irritation och upplevd osjälvständighet. Konsekvenser från fatigue begränsade möjligheten till återhämtning. Behovet av information och stöttning för att kunna hantera detta var stort hos kvinnorna. Detta bekräftar även Junehag m.fl. (2013) som fann att kvinnor upplevde fatigue som en stor fysisk begränsning i livet.

Genom resultatet bedömer vi att sjuksköterskan behöver fråga mer om, och sätta in omvårdnadsåtgärder för, fatigue. Resultatet indikerar även vikten av effektiva återhämtningsstrategier för att återvinna känsla av kontroll i livet. Detta bekräftar Brandberg och Jernberg (2021) som menar att det finns behov av uppdaterade nationella riktlinjer för vård vid hjärtinfarkt. Resultatet visar att en positiv attityd och god stresshantering sågs som viktiga resurser för att stärka självbilden och komma över barriärer till återhämtning.

Rädslan för återinsjuknande i hjärtinfarkt visade markant begränsa kvinnornas liv. Rädslan manifesterades som känslor av ensamhet, rädsla, oro, panikångest och att ständigt vara beroende av personer i sin närhet. Brist på information och stöttning från vården ansågs vara största orsaken till att kvinnorna lät rädslan dominera. Behovet av stöttning går i linje med Junehag m.fl. (2013) och Mendes m.fl. (2010) där kvinnornas problematik med ständig oro i att inte kunna lita på sina kroppar längre begränsade möjligheten till återhämtning. Resultatet visar att rädslan även påverkade kvinnors sexuella hälsa. Framförallt var kvinnor rädda för återinsjuknande vid sexuell aktivitet, men även mindre lust och ork var vanliga anledningar. Störningar i sexuell hälsa skapade stress och ångest samt relationsproblem för kvinnorna. Relationsproblemen mynnade ut i ett begränsat stöd från partner samt möjlighet att fokusera på återhämtningen. Kvinnorna ansåg att problemen hade kunnat undvikas genom bättre information om hur sexlivet kan påverkas efter hjärtinfarkt. Enligt resultatet önskar kvinnor att vårdpersonal initierar samtal om sexuell hälsa. Jaarsma m.fl. (2010) beskriver däremot hur majoriteten av sjuksköterskor ansåg att det var mest lämpligt att patienten tog upp ämnet. Detta stämmer inte överens med Svensk sjuksköterskeförening (2017b) som menar att sjuksköterskan ska erbjuda information om ämnen kopplat till patientens hälsotillstånd. Lindau m.fl. (2014) belyser att kvinnor fick otydlig information kring när och hur sexuell aktivitet var lämpligt igen efter sjukdom och att endast få kvinnor fick ta del av information om sexuell hälsa. Detta stärker denna studies resultat, både i behovet av information kring sexuell hälsa samt bristerna i informerandet från vården.

Resultatet tyder på att kvinnors återhämtning är en process som pågår under lång tid och där behovet av stöd från vården kvarstår även flera år efter insjuknande. Befintliga riktlinjer för hjärtrehabilitering rekommenderar minst tre månader med kontinuerlig rehabilitering som lämpligt (Socialstyrelsen, 2018). Våra fynd visar att ett års stöttning från vården visade sig vara för lite och innebar att kvinnor lämnades ensamma i en tid då behov av stöttning ansågs stort. McCormack m.fl. (2010) beskriver att möjligheten till individanpassad vård kan begränsas genom bristande resurser. Smith m.fl. (2017a) redogör för hur männen i deras studie beskrev återhämtningen som en snabb process under några veckors tid, präglad av gott stöd från vården vilket står i skarp kontrast till denna studies resultat där kvinnornas återhämtning pågår i flera år. Schenck-Gustafsson och Johnston-Holmström (2022) beskriver hur hjärtrehabiliteringen är mer gynnsam för män än för kvinnor. Detta kan vara en bidragande faktor för att Smith m.fl. (2017a) resultat visar på att männens återhämtning utgör en snabb process.

Slutsats

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka kvinnors erfarenheter av återhämtning efter hjärtinfarkt, för att med grund i detta öka sjuksköterskors kunskap om omvårdnadsbehoven i eftervården. Våra resultat visar att kvinnors erfarenheter till stor del stämmer överens med befintlig forskning. Vad som blivit tydligt i denna studie är hur bristen på information begränsar tillfrisknande och att återhämtningen är en process som ibland kan ta flera år att bemästra. Kvinnornas omvårdnadsbehov uppstår genom att insjuknandet skapar vissa behov. Bristande vårdrelation och partnerskap leder till ytterligare problem och ökade behov. Detta kan liknas vid en ond cirkel där flera faktorer är beroende av varandra och där sjukvården har en central roll i att bryta den negativa trenden.

Genom studiens resultat framkommer omvårdnadsbehov baserade på kvinnornas erfarenheter. Enligt resultatet anser författarna att sjuksköterskan bör värdera, och vid behov sätta in omvårdnadsåtgärder för, fatigue, rädsla, sexuell ohälsa, samtalsstöd samt återhämtnings- och stresshanteringsstrategier. Sjuksköterskan bör även vara medveten om vikten av socialt stöd för kvinnor vid livsstilsförändringar och att bristen på stöd kan vara en barriär för livsstilsändringar. Hen bör utgå från att socialt stöd både kan möjliggöra, men vid avsaknad även begränsa, återhämtningen. Detta innebär att sjuksköterskan kan behöva stötta vissa kvinnor mer än andra i återhämtningen. Resonemanget bekräftas genom resultatdiskussionen, där vikten av att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt betonas. Resultatet tyder även på att det är mer än ren information som brister. Det verkar även vara viktigt på vilket sätt och i vilken kontext den ges. Detta tyder på vikten av individanpassad vård där ett personcentrerat förhållningssätt är en viktig grund till en god dialog som gynnar återhämtningen. Författarna ser med bakgrund i sina fynd ett behov av ökad tydlighet i riktlinjer för omhändertagandet vid hjärtinfarkt. Ämnen såsom kvinnlig sexuell rådgivning, psykosociala faktorer, längden för eftervård, informationsbehovet och fatigue visade sig vara viktigt för kvinnlig återhämtning. Tydliga riktlinjer rörande dessa ämnen hade gett möjlighet för ökad förståelse och kunskap hos sjuksköterskor om denna patientgrupp. Behovet av god personcentrerad vård, menar författarna, är tydligt. Hjärtinfarkt är ett väl beforskat område där god evidens om hjärtinfarktens konsekvenser finns. Trots detta tyder resultatet på att kvinnor inte erhåller rätt distribuerad vård, något som bekräftas även i andra forskningsstudier. Den ojämlika vården visar sig i form av komplikationer, både i det akuta omhändertagandet och vid återhämtningen hos dessa kvinnor och det leder till ett ökat sjukdoms- och vårdlidande.

Implikationer för omvårdnad

Resultatet i studien belyser specifika problem som kvinnor tappar med i återhämtningen efter en hjärtinfarkt och som är viktiga att åskådliggöra för eftervården. Behovet av en mer personcentrerad rehabilitering anser författarna relevant för eftervården såväl inom slutenvård som primärvård. Återkommande svårigheter sjuksköterskan bör vara medveten om, som framkommer i studiens resultat, är rädsla för återinsjuknande, fatigue, psykiska besvär,

prioriteringar av livsstilsförändringar och sexuell ohälsa. Sjuksköterskor bör även visa lyhördhet för att längden för återhämtning varierar.

Vidare forskning

Vår studie domineras av ett euro-amerikanskt perspektiv. För framtida forskning kan det vara relevant att undersöka erfarenheter bland personer som drabbats av hjärtinfarkt i övriga delar av världen. Författarna ser genom analysen att vården ofta missar viktiga omvårdnadsbehov. Könsskillnader i eftervården belyses i diskussionen men är inte vidare utredda i denna studie. Framtida forskning bör därmed undersöka vad som orsakar den ojämlika hjärtsjukvården för kvinnor. Kvinnor är underrepresenterade i forskning om hjärtinfarkt, i framtiden bör inkludering av kvinnor i studier rörande ämnet öka för att skapa en mer korrekt evidens rörande hjärtinfarkt. Framtida forskning bör även undersöka hur återhämtningen ser ut för kvinnor efter hjärtinfarkter, där det kvinnliga könet är överrepresenterade, såsom SCAD och MINOCA. Ur resultatet framgår även behovet av en personcentrerad vård i hjärtrehabiliteringen. Mer forskning behövs kring om och hur ett personcentrerat förhållningssätt kan implementeras för kvinnor i eftervården vid hjärtinfarkt.

Referenslista

* = Artiklar som använts i resultatet.

* Abramsohn, E.M., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H. M., Spertus, J. A. & Lindau, S. T. (2013). "I'm not just a heart, I'm a whole person here": a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction. *Journal of American Heart Association*, 2(4).
<https://doi.org/10.1161/JAHA.113.000199>

Brandberg, H., & Jernberg, T. (2021). Nya ESC-råd om hjärtinfarkt – behov av nationell uppdatering. *Läkartidningen*. 118, 1-2.
<https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/2021/01/20207.pdf>

Collet, J-P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., ... ESC Scientific Document Group. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 42(14), 1289–1367.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>

* Davis, D., Jones, I., Johnson, M., Howarth, M., & Astin, A. (2020). "I don't do it for myself, I do it for them": A grounded theory study of south asians' experiences of making lifestyle change after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3687-3700. <https://doi.org/10.1111/jocn.15395>

Dresser, C., & Balsari, S. (2020). Specific impacts upon human health. I J. Lermery, K. Knowlton, & C. Sorensen (Red.), *Global climate change and human health* (s.497-513). Jossey-Bass.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care – ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248–251.
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2 uppl.). Liber AB.

FN. (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*.
<https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Hjärtinfarkt, insjuknande*. Hämtad 2022-10-20 från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-hjartinfarkt>

- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.185-199). Studentlitteratur AB.
- * Fuochi, G., & Foà, C. (2018). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 98–107.
<https://doi.org/10.1111/scs.12435>
- Gralén, K., Hjalte, F., & Persson, U. (2019). *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige* (IHE Rapport, 2019:5). Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi: Lund.
https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019_5_.pdf
- Haider, A., Bengs, S., Luu, J., Osto, E., Siller-Matula, J. M., Muka, T., Gebhard, C. (2020). Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. *European Heart Journal*, 41(13), 1328–1336.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz898>
- Hage, C., & Thorvaldsen, T. (2022). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall & A. Jansson (Red.), *Omvårdnad och medicin* (s. 113-159). Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.411-419). Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.111-119). Studentlitteratur AB.
- Hjärt-Lungfonden. (2022). *Kvinnors hjärtfel*. Hämtad 2022-10-31 från <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/kvinnors-hjartfel/>
- Hong, Q.N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M-C., & Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) - version 2018*. McGill.
http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., & ESC Scientific Document Group. (2018). 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). *European heart journal*, 39(2), 119–177.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T. M., Smith, K., Steinke, E., Thompson, D. R., & UNITE research group. (2010). Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice,

- responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003>
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 289–296. <https://doi.org/10.1111/scs.12058>
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 81-97). Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.57-77). Studentlitteratur AB.
- Lindau, S. T., Abramsohn, E. M., Bueno, H., D'Onofrio, G., Lichtman, J. H., Lorenze, N. P., Mehta Sanghani, R., Spatz, E. S., Spertus, J. A., Strait, K., Wroblewski, K., Zhou, S., & Krumholz, H. M. (2014). Sexual activity and counseling in the first month after acute myocardial infarction among younger adults in the United States and Spain: a prospective, observational study. *Circulation*, 130(25), 2302–2309. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012709>
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 620–634. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x>
- Mehta, L. S., Beckie, T. M., DeVon, H. A., Grines, C. L., Krumholz, H. M., Johnson, M. N., Lindley, K. J., Vaccarino, V., Wang, T. Y., Watson, K. E., Wenger, N. K., & 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. (2016). Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 133, 916–947. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000351>
- Mendes, B., Roux, G., & Ridosh, M. (2010). Phenomenon of inner strength in women post-myocardial infarction. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 248–258. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181e6d809>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.421-436). Studentlitteratur AB.
- Norlund, F. (2022). Psykosociala aspekter på hjärtsjukdom. I K. Schenck-Gustafsson & N. Johnston-Holmström (Red.), *Kvinnohjärtan* (s.69-85). Studentlitteratur AB.
- Pherson, T., & Tengelin E. (2015). Genusnormer - Normer som skapar kvinnor och män. I E. D. Lyckhage, G. Lyckhage & E. Tengelin (Red.), *Jämlik vård normmedvetna perspektiv* (s.107-127). Studentlitteratur AB.

- Schenck-Gustafsson, K., & Johnston-Holmström, N. (2022). Ischemisk hjärtsjukdom. I K. Schenck-Gustafsson & N. Johnston-Holmström (Red.), *Kvinnohjärtan* (s.160-171). Studentlitteratur AB.
- SFS 2017:30. *Hälsa- och sjukvårdslag*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30#K3
- * Simeone, S., Guillari, A., Pucciarelli, G., Stile, F., Gargiulo, G., Esposito, M., Alvaro, R., & Rea, T. (2020). Sexual Health After Acute Myocardial Infarction: The Lived Experience of Women During the First-Year Post Discharge. *Sexuality and Disability*, 38, 547–560. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09627-2>
- * Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B. & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal Caring of Sciences*. 25(3), 459–66. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x>
- Smith, F., Banwell, E., & Rakhit, R. (2017a). 'I was in control of it from the start': A qualitative study of men's experiences of positive adjustment following a heart attack. *Journal of Health Psychology*, 22(10), 1345–1354.
<https://doi.org/10.1177/1359105315627000>
- * Smith, R., Frazer, K., Hall, P., Hyde, A., & O'Connor, L. (2017b). 'Betwixt and between health and illness' – Women's narratives following acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3457-3470. <https://doi.org/10.1111/jocn.13711>
- Socialstyrelsen. (2019). *Arbetsätt för jämlik vård - Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen*.
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6636.pdf?fbclid=IwAR1uJnFYH_OSjdoX-RBFCKx4JsSYM9cmEVwUng-ehS-cnf7WET-qlJVC4Io
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Stöd för styrning och ledning*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om hjärtinfarkter 2020*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7648.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2022a). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*.
https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2020). *SBU:s metodbok*.
<https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2022b). *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik*.

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_meto_dik.pdf

- * Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction. *Health Care for Women International*, 33(12), 1096–1113.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2012.684815>

Svensk sjuksköterskeförening (2017a). *Jämlik vård och hälsa*.
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623147d/1584003989617/j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

- * Søderberg, L. H., Johansen, P. P., Herning, M., & Berg, S. K. (2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3532-3540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12382>

- * Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B., & Svedberg, P. (2016). Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1).
<https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30633>

World Health Organization (WHO). (2021) *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Hämtad 2022-10-28 från [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Zhao, J., Gaom S., Wang, J., Liu X., & Hao, Y. (2016). Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), 398-402.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352013216300473?token=ACEB81269365771C63A34351FCC02DA92F70D335DBEDD1923C026C963720B73B7F587FBE1D50844C50CA277505F03D75&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221125210744>

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.79-109). Studentlitteratur AB.

Bilaga 1.

Tabell 1. Sökning i PubMed.

PubMed						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda Artiklar
2022-10-20	Acute Coronary Syndrome OR Myocardial infarction OR ACS OR "Heart attack" OR "STEMI" OR "NSTEMI" OR "Angina, unstable" OR "acute myocardial infarction" OR "chest pain" AND Attitude OR behavior OR thinking OR attitude to health OR experience AND Qualitative Research OR Hermeneutics OR Interview OR Narration OR narrative	2012-2022 Engelska Svenska Peer reviewed	701	35	5	Abramsohn m.fl. (2013) Smith m.fl. (2017b) Stevens & Thomas (2012) Söderberg m.fl. (2013) Wieslander m.fl. (2016)
2022-11-08	Acute Coronary Syndrome OR Myocardial infarction OR ACS OR "Heart attack" OR "STEMI" OR "NSTEMI" OR "Angina, unstable" OR "acute myocardial infarction" OR "chest pain" AND Attitude OR behavior OR thinking OR attitude to health OR experience AND Qualitative Research OR Hermeneutics OR Interview OR Narration OR narrative	2011 Engelska Svenska Peer reviewed	68	5	0	0

Tabell 2. Sökning i CINAHL.

CINAHL						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2022-11-01	Acute Coronary Syndrome OR Myocardial infarction OR ACS OR "Heart attack" OR "STEMI" OR "NSTEMI" OR "Angina, unstable" OR "acute myocardial infarction" OR "chest pain" AND Attitude OR View* OR Perspective* OR Feeling* OR Perception* OR Attitude to Health* OR Quality of Health Care* OR Experiences OR behavior OR thinking AND Qualitative Studies OR Phenomenology OR Interview* OR Narrative* OR "Qualitative Research" OR Hermeneutics OR narration	2012-2022 Engelska Svenska peer reviewed	126	6	3	Simeone m.fl. (2020) Stevens & Thomas (2012) Fuochi & Foà (2018)
2022-11-08	Acute Coronary Syndrome OR Myocardial infarction OR ACS OR "Heart attack" OR "STEMI" OR "NSTEMI" OR "Angina, unstable" OR "acute myocardial infarction" OR "chest pain" AND Attitude OR View* OR Perspective* OR Feeling* OR Perception* OR Attitude to Health* OR Quality of Health Care* OR Experiences OR behavior OR thinking AND Qualitative Studies OR Phenomenology OR Interview* OR Narrative* OR "Qualitative Research" OR Hermeneutics OR narration	2011 Engelska Svenska peer reviewed	14	3	1	Sjöström-Strand m.fl. (2011)

Tabell 3. Sökning i PSYCINFO.

PSYCINFO

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2022-11-01	<p>Myocardial infarction OR Coronary thromboses OR "Acute coronary syndrome" OR stemi OR nstemi OR "angina, unstable" OR "acute myocardial infarction" OR "Chest pain" OR ACS AND</p> <p>Health attitude* OR thinking OR Quality of Care OR experience* OR attitude* OR View* OR feeling* OR perception* OR "Attitude to Health*" OR "Quality of Health Care*" AND</p> <p>Qualitative Measures OR Hermeneutics OR Interview* OR Qualitative Methods OR Phenomenology OR "Qualitative Research" OR Narration OR narrative* OR "Qualitative Studies"</p>	2012-2022 Engelska Svenska peer reviewed	292	16	5	<p>Dilla m.fl. (2020)</p> <p>Fuochi & Foá (2018)</p> <p>Simeone m.fl. (2020)</p> <p>Smith m.fl. (2017b)</p> <p>Søderberg m.fl. (2013)</p>
2022-11-08	<p>Myocardial infarction OR Coronary thromboses OR "Acute coronary syndrome" OR stemi OR nstemi OR "angina, unstable" OR "acute myocardial infarction" OR "Chest pain" OR ACS AND</p> <p>Health attitude* OR thinking OR Quality of Care OR experience* OR attitude* OR View* OR feeling* OR perception* OR "Attitude to Health*" OR "Quality of Health Care*" AND</p> <p>Qualitative Measures OR Hermeneutics OR Interview* OR Qualitative Methods OR Phenomenology OR "Qualitative Research" OR Narration OR narrative* OR "Qualitative Studies"</p>	2011 Engelska Svenska peer reviewed	26	1	1	Sjöström-Strand m.fl. (2011)

Bilaga 2.

Tabell 1. Artikelbilaga.

Författare, År,	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet enligt
-----------------	-------	-------	-------	-------	----------	-----------------

Land						SBU
<p>Abramsohn, E.M., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H. M., Spertus, J. A. & Lindau, S. T.</p> <p>2013</p> <p>USA, Chicago</p>	<p>“I’m Not Just a Heart, I’m a Whole Person Here”: A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in Women With Myocardial Infarction</p>	<p>Att utforska kvinnors sexuella hälsas återhämtning efter en hjärtinfarkt och att konstruera en design av evidensbaserade strategier för att förbättra kvinnors sexuella hälsa efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ substudie.</p> <p>Grounded theory och innehållsanalys.</p> <p>17 semistrukturerade intervjuer hölls ca 24 månader efter insjuknande i hjärtinfarkt.</p>	<p>Urvalet togs ur ett register från en tidigare TRIUMPH-studie</p> <p>Selektivt urval inom tre åldersgrupper: 40-49 år (5 kvinnor deltog) 50-59 år (4 kvinnor deltog) 60+ år (8 kvinnor deltog)</p>	<p>Information om sexuell hälsa från vårdpersonal efter hjärtinfarkten var bristfällig och otillräcklig.</p> <p>Kvinnorna upplevde det som mycket viktigt att återgå till sexuell aktivitet. Dock fanns svårigheter i återgången. Vissa kvinnor hade så stora problem att de slutade söka sexuell intimitet.</p> <p>Kvinnorna ville att vården ska informera om när det är säkert att återgå till sex och symtom som kan uppstå vid aktivitet på ett mer specifikt och tryggt sätt.</p>	<p>Hög</p>
<p>Davis, D., Jones, I., Johnson, M., Howarth, M., & Astin, A.</p> <p>2020</p> <p>England</p>	<p>“I don’t do it for myself, I do it for them”: A grounded theory study of South Asians’ experiences of making lifestyle change after myocardial infarction</p>	<p>Att undersöka erfarenheter av val och prioritering av livsstilsförändring under återhämtningsprocessen efter en första hjärtinfarkt hos personer med härkomst från sydasien.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Grounded theory och deskriptiv induktiv ansats för analys.</p> <p>Longitudinell semistrukturerad intervjustudie. Intervjuer utfördes vid 3e och 16e veckan efter utskrivning från sjukhus, alla deltagare intervjuades två gånger.</p>	<p>Alla deltagare var religiöst troende (muslim, hindu, sikh, kristendom).</p> <p>14 deltagare</p> <p>5 kvinnor</p> <p>9 män</p>	<p>Familjens betydelse för att klara utmaningar värderades högt. För några av kvinnorna var det viktigt att de fortsatt sågs som starka för deras mäns och barns skull.</p> <p>Många kvinnor upplevde dock att de behövde prioritera familjen före sig själva och sina behov. Att prioritera familjen före sina egna behov, såsom att genomföra livsstilsförändringar, påverkade dock återhämtningen åt det negativa.</p> <p>Flera av kvinnorna upplevde inte att vården förstod dem. Att vården inte respekterade</p>	<p>Hög</p>

					deras prioriteringar som exempel.	
Fuochi, G., & Foà, C. 2018 Italien	Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach.	Att få en mer djupgående förståelse för hur copingstrategier, self-efficacy, livskvalitet och socialt stöd formar kvinnors (som drabbats) förhållningssätt till hjärtinfarkt.	Mixad metod. Kvalitativa data analyserades genom tematisk analys. Kvantitativa data analyserades genom t-test och Pearson Correlation coefficients. Kvalitativ data erhöles via 57 stycken semistrukturerade intervjuer Kvantitativ data via enkät som besvarades av 77 kvinnor som haft hjärtinfarkt och 173 kvinnor som inte haft hjärtinfarkt (kontrollgrupp).	Urvalet är baserat på deltagare i en större studie. Både kvinnor med och utan hjärtinfarkt inkluderades i den kvantitativa delen. I den kvalitativa delen inkluderades endast kvinnor som har en hjärtinfarkt. 57 kvinnor intervjuades 77 kvinnor med hjärtinfarkt och 177 kvinnor utan hjärtinfarkt deltog i datainsamling av kvantitativ data	Kvinnor som erfarit hjärtinfarkt är en specifik grupp i samhället och psykologiska faktorer såsom coping-strategier, self-efficacy och socialt stöd har en viktig roll för deras förhållningssätt till sjukdomen och återhämtningen. Kvinnorna använde sig av olika copingstrategier, forskarna kunde se en koppling till vilken strategi kvinnorna använde och grad av livskvalité. Det kom fram att positiv attityd och informationssökande hade positiv effekt på livskvalité medan förnekelse sänkte upplevd self-efficacy.	Måttlig* (enligt MMAT)
Simeone, S., Guillari, A., Pucciarelli, G., Stile, F., Gargiulo, G., Esposito, M., Alvaro, R., & Rea, T. 2020 Italien	Sexual Health After Acute Myocardial Infarction: The Lived Experience of Women During the First-Year Post Discharge	Att skapa förståelse för hur italienska kvinnor upplever sin sexuella hälsa ett år efter hjärtinfarkt	Kvalitativ metod. Deskriptiv, interpretativ fenomenologisk ansats. Cohen method låg till grund för analysen. 12 stycken semistrukturerade intervjuer inom 1 år efter insjuknande i hjärtinfarkt.	Selektivt urval som resulterade i 12 kvinnor i åldrarna 42-53.	Kvinnorna rapporterade rädsla för återinsjuknande, något som skapade ångest och relationsproblem. De rapporterade även ett behov av mer information om deras återhämtning kopplat till sexuell hälsa.	Hög
Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., &	Women's experience of a	Att utforska och beskriva hur kvinnor tänkt på deras	Kvalitativ metod.	12 kvinnor 40-90 år. Kvinnorna hade	Kvinnorna behövde även fem år efter sin hjärtinfarkt	Hög

Sjöberg, T. 2011 Sverige	myocardial infarction: 5 years later	hälsa och dagliga liv fem år efter hjärtinfarkt	Fenomenografisk analysmetod. 12 stycket semistrukturerade intervjuer fem år efter hjärtinfarkt.	tidigare deltagit i en studie direkt efter insjuknande. Denna studie intervjuade samma kvinnor för att återkoppla hur deras återhämtning gått.	stöttning med livsstilsförändringar. Kvinnorna var fortfarande starkt påverkade av sin infarkt ex i form av fatigue, fysisk nedsatthet och andra hälsoproblem samt stark rädsla för återinsjuknande.	
Smith, R., Frazer, K., Hall, P., Hyde, A., & O'Connor, L. 2017 Irland	'Betwixt and between health and illness' – women's narratives following acute coronary syndrome	Att rapportera kvinnors erfarenhet av förmedlade effekter/konsekvenser av att diagnostiseras med akut koronart syndrom	Naturalistisk fallstudiedesign. Analytisk induktion. 30 stycken djupgående intervjuer som byggde på information från dagböcker som deltagarna fått skriva 7 inlägg i under de första 14 dagarna efter utskrivning. 11 av kvinnorna färdigställde inte dagböckerna men deltog i intervjuerna.	Urvalet var selektivt och resulterade i 30 kvinnor.	Utmaningar hos kvinnorna var att erkänna sin sjukdom, lära sig leva med den och anpassa och acceptera sin nya situation. För att lyckas med detta upplevde kvinnorna att de behövde stöttning både genom vården och socialt efter utskrivning.	Hög
Stevens, S., & Thomas, S. P. 2012 USA, Tennessee	Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction	Att undersöka erfarenheter hos medelålders kvinnor som överlevt hjärtinfarkt och återvänt hem för återhämtning.	Kvalitativ metod. Hermeneutisk analysmetod och fenomenologisk ansats. 8 stycken semistrukturerade intervjuer Kvinnorna befann sig i olika lång tid efter	8 Kvinnor deltog	Kvinnorna rapporterade om känsla av ofrihet, okunskap, leva i rädsla och hur hjärtinfarkten på olika sätt påverkat deras liv. Forskarna menar att kvinnor behöver bättre information innan de lämnar sjukhuset. Samt att det finns ett behov av stödgrupper för kvinnor som överlevt hjärtinfarkt i eftervården för att förbättra återhämtningsprocessen.	Medelhög

			sin MI (flera års skillnad).			
Söderberg, L. H., Johansen, P. P., Herning, M., & Berg, S. K. 2013 Danmark	Women's experiences of sexual health after firsttime myocardial infarction	Att undersöka kvinnors erfarenhet av sexuella problem efter hjärtinfarkt	Kvalitativ metod. Fenomenologisk hermeneutisk ansats och analys. 11 stycken semistrukturerade intervjuer sex månader efter hjärtinfarkt.	11 kvinnor deltog i åldrarna 49-63	Ångest och fatigue visade sig starkt kopplat med minskad frekvens av sex och med försämrat sexliv. Problem som uppstod var relationsproblem, brist på support, symtom och känslor under sex. A	Hög
Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B., & Svedberg, P. 2016 Sverige	Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care	Att undersöka hur kvinnors återhämtningsprocess främjas efter en första hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod explorativ och deskriptiv design med en induktiv ansats. Innehållsanalys. 26 stycken semistrukturerade intervjuer 7-12 månader efter kvinnornas hjärtinfarkt.	Rehabiliterings sjuksköterskan erbjöd kvinnor som matchade inklusionskriterierna att delta i studien. 26 kvinnor inkluderades varav 14 deltagit i rehabiliteringsprogram. Kvinnorna var 45-75 år	Kvinnornas förutsättningar att förändra sitt synsätt på livet bygger på tre dimensioner i hanteringen: beteendemässig, social och psykologisk förmåga till "anpassning".Forskarna föreslår att hjärtrehabilitering bör styras av ett holistiskt förhållningssätt till återhämtningsprocessen, där sjuksköterskor arbetar aktivt med dessa aspekter.	Hög

* Kvalitetsbedömning genom Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) av Hong m.fl. (2018)

Bilaga 3.

Tabell 1. Kvalitetsgranskning kvalitativ metod.

Artikel	Fråga 1 Ansats	Fråga 2 Deltagare	Fråga 3 Datainsamling	Fråga 4 Analys	Fråga 5 Forskaren	Fråga 6 Bedömd kvalitet
---------	-------------------	----------------------	--------------------------	-------------------	----------------------	-------------------------------

Abramsohn m.fl. (2013)	<p>a. Grounded theory b. Ja</p>	<p>a. Ändamålsenligt urval b. Ja c. Ja d. Nej, det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Semistrukturerade intervjuer b. Nej, det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Grounded theory och innehållsanalys låg till grund för analysen b. Ja c. Ja d. Ja e. Nej finns inga allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten</p>	<p>a. Forskarna redogör för anställning på olika institutioner för forskning inom kardiologi. Förste författare är sjuksköterska. b. Oklart forskarna redogör ej c. Ja d. Ja e. Nej</p>	<p>Mindre brister Hög Kvalitet</p>
Davis m.fl. (2020)	<p>a. Grounded theory & deskriptiv induktiv ansats b. Ja</p>	<p>a. Ändamålsenligt urval b. Ja c. Ja d. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Semistrukturerade intervjuer b. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Analysen utfördes i grunder från grounded theory och deskriptiv induktiv ansats. b. Ja c. Ja d. Ja e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Författarna är professorer/föreläsare inom omvårdnad och kardiologi b. Oklart forskarna redogör ej c. Ja d. Ja e. Nej</p>	<p>Mindre brister Hög kvalitet</p>
Simeone m.fl. (2020)	<p>a. Deskriptiv interpretativ fenomenologisk ansats b. Ja.</p>	<p>a. Ändamålsenligt urval b. Ja c. Ja d. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Semistrukturerade intervjuer b. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Cohen metod låg till grund för analysen b. Ja c. Ja d. Ja e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Oklart, redovisas inte tillräckligt. De är anställda på olika universitet i Italien. b. Oklart, redovisas ej c. Ja d. Ja e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>Mindre brister Hög kvalitet</p>

Sjöström-Strand m.fl. (2011)	<p>a. Explorativ och deskriptiv ansats inspirerad från fenomenografi</p> <p>b. Ja</p>	<p>a. Kvinnor som deltagit vid en tidigare studie då de precis insjuknat fick fråga att delta i den nya studien</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Semistrukturerade intervjuer</p> <p>b. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Fenomenografisk metod</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Ja</p> <p>e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Forskare och professorer inom omvårdnad och medicin</p> <p>b. Ja forskarna har träffat kvinnorna för 5 år sedan.</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Oklart, redovisar ej.</p> <p>e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>Mindre brister</p> <p>Hög kvalitet</p>
Smith m.fl. (2017b)	<p>a. Naturalistisk fallstudie</p> <p>b. Ja</p>	<p>a. Ändamålsenligt urval</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. semi-strukturerade djupgående intervjuer och dagboksanteckningar</p> <p>b. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Ordagrann transkription, datareducering, förfining till kodning och testning av tillförlitlighet mellan kodare.</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Ja</p> <p>e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Forskarna är sjuksköterskor</p> <p>b. Oklart, redovisas ej.</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Ja</p> <p>e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>Mindre brister</p> <p>Hög kvalitet</p>
Stevens & Thomas (2012)	<p>a. Fenomenologisk ansats</p> <p>b. Ja</p>	<p>a. Bekvämlighetsurval</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Oklart. Förste författaren verkar ha riskerat att påverka urvalet genom att finnas på de platser där flyers finns och informera om studien.</p> <p>d. Oklart om det finns allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Semistrukturerade intervjuer</p> <p>b. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Hermeneutisk analysmetod</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Ja</p> <p>e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Samtliga är anställda av department of nursing, Tennessee state University, tennessee, USA</p> <p>b. Oklart, redogör inte.</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Oklart redogör ej</p> <p>e. Oklart om det finns allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>Måttliga brister</p> <p>Medelhög kvalitet</p>

Söderberg m.fl. (2013)	<p>a. Fenomenologisk hermeneutisk ansats</p> <p>b. Ja</p>	<p>a. Ändamålsenligt urval. Dock erbjöds endast drabbade kvinnor som genomgått PCI.</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Semistrukturerade intervjuer</p> <p>b. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Fenomenologisk hermeneutisk analysmetod</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Ja</p> <p>e. Nej, det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Samtliga är specialistsjuksköterskor på institutionen för kardiologi vid Köpenhamns Universitetssjukhus</p> <p>b. Nej</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Oklart, redogör ej</p> <p>e. Nej, det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>Mindre brister</p> <p>Hög kvalitet</p>
Wieslander m.fl. (2016)	<p>a. Explorativ och deskriptiv design med induktiv ansats</p> <p>b. Ja</p>	<p>a. Kvinnor som mötte inklusionskriterierna frågades av hjärtrehabiliteringssjuksköterska</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Intervju med öppna frågor</p> <p>b. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Innehållsanalys</p> <p>b. Ja</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Nej dock fanns tillgång till flera citat från intervjuer så att läsaren kan granska detta</p> <p>e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>a. Forskarna är sjuksköterskor med erfarenhet från hjärtrehabilitering</p> <p>b. Nej</p> <p>c. Ja</p> <p>d. Ja</p> <p>e. Nej det finns inga allvarliga brister som påverkar tillförlitligheten</p>	<p>Mindre brister</p> <p>Hög kvalitet</p>

Sammanställning av frågorna – Bedömning av studier med kvalitativ metodik (SBU).

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien
 - a. Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?
 - b. Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?
2. Deltagare
 - a. Hur gjordes urvalet?
 - b. Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?
 - c. Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?
 - d. Finns det allvarliga brister som kan påverka **tillförlitligheten**?
3. Datainsamling
 - a. Vilka metoder användes för datainsamling?
 - b. Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka **tillförlitligheten**?
4. Analys
 - a. Vilka metoder användes för analys?

- b. Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?
 - c. Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?
 - d. Validerades tolkningarna?
 - e. Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka **tillförlitligheten**?
5. Forskaren
- a. Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?
 - b. Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?
 - c. Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?
 - d. Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?
 - e. Finns det allvarliga brister som kan påverka **tillförlitligheten**?
6. Sammanvägd bedömning av metodologiska brister (Obetydliga eller mindre, Måttliga, Stora brister)

Tabell 2. Kvalitetsgranskning mixad metod.

Artikel	Fråga 1 Screeningfrågor	Fråga 2 Kvalitativ	Fråga 3 Kvantitativ icke-randomiserad	Fråga 4 Mixad metod	Bedömd kvalitet
		v			

Fuochi & Foà (2018)	a. Ja	a. Ja	a. Nej	a. Ja	Måttliga brister Medelhög kvalitet
	b. Ja	b. Ja	b. Ja	b. Ja	
		c. Ja	c. Oklart	c. Ja	
		d. Ja	d. Oklart	d. Ja	
		e. Ja	e. Ja	e. Ja	

Sammanställning av frågorna - Mixed Method Appraisal Tool (MMAT).

1. Screening questions
 - a. Are there clear research questions?
 - b. Do the collected data allow to address the research questions?

2. Qualitative
 - a. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?
 - b. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?
 - c. Are the findings adequately derived from the data?
 - d. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?
 - e. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?

3. Quantitative non-randomized
 - a. Are the participants representative of the target population?
 - b. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?
 - c. Are there complete outcome data?
 - d. Are the confounders accounted for in the design and analysis?
 - e. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?

4. Mixed methods
 - a. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?
 - b. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?
 - c. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?
 - d. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?
 - e. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?