



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt

Författare: Frida Käll & Hanna Hoftun

Handledare: Annika Kisch

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell
hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt

Women's experiences of being affected by myocardial infarction

Författare: Frida Käll & Hanna Hoftun

Handledare: Annika Kisch

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

Abstrakt

Bakgrund: Nästan 18 miljoner människor dör på grund av hjärt -och kärlsjukdomar varje år. I Sverige år 2019 insjuknade 24 300 personer i hjärtinfarkt och drygt 20% överlevde inte. Kvinnor upplever atypiska symtom vid hjärtinfarkt vilket påverkar beslutet att söka vård och vårdkvaliteten från sjukvården. **Syfte:** Att belysa kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. **Metod:** En icke systematisk litteraturstudie genomfördes med en integrerad analys av elva vetenskapliga studier och analyserad enligt SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier. **Resultat:** Analysen presenterades från samtliga studiers resultat i två teman: *Kvinnors upplevelser av insjuknande i hjärtinfarkt (1)* och *Kvinnors upplevelser av livet efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt (2)*. Under tema 1 framkom fyra subteman: *Upplevelser av symtom, Kunskapsbrist, Beslut att söka vård samt sjukvårdens bemötande*. Under tema 2 framkom följande två subteman: *Psykosociala faktorer* och *Sjukvårdens betydelse i rehabiliteringsprocessen*. **Slutsats:** Genom en ökad kunskap om atypiska symtom för kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt kan kvinnorna uppsöka vård tidigare och sjukvården kan ge rätt och adekvat vård i tid.

Nyckelord

Hjärtinfarkt, kvinnor, atypiska symtom, kunskapsbrist, upplevelser

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Patofysiologi, diagnostik och behandling av hjärtinfarkt	5
Prevention av hjärtinfarkt	6
Kvinnors symtom på hjärtinfarkt	7
Psykologiska aspekter av livshotande sjukdom	7
Sjuksköterskans kärnkompetenser	9
Perspektiv och utgångspunkter	11
Travelbees omvårdnadsteori	11
Människosyn	11
Lidandet och dess mening	11
Sjuksköterskans stöd till kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt	12
Syfte	13
Metod	13
Urval	13
Datainsamling	14
Dataanalys	15
Forskningsetiska avvägningar	16
Resultat	17
Kvinnors insjuknande i hjärtinfarkt	18
Upplevelser av symtom	18
Kunskapsbrist	19
Beslut att söka vård	20
Sjukvårdens bemötande	20
Kvinnors upplevelser av livet efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt	22
Psykosociala faktorer	22

Sjukvårdens betydelse i rehabiliteringsprocessen	23
Diskussion	24
Diskussion av vald metod	24
Diskussion av framtaget resultatet	26
Kunskapsbrist	26
Känslan av att inte bli tagen på allvar	27
Rehabiliteringsprocessen	29
Slutsats och kliniska implikationer	31
Författarnas arbetsfördelning	31
Referenser	32
Bilaga 1. Artikelmatris	41

Introduktion

Problemområde

World Health Organisation, WHO (2017) uppskattar att nästan 18 miljoner människor dör på grund av hjärt- och kärlsjukdomar varje år. Ur ett globalt perspektiv är det den vanligaste dödsorsaken där personerna i 85% av fallen har drabbats av stroke eller hjärtinfarkt. I Sverige år 2019 insjuknade 24 300 personer i hjärtinfarkt, varav drygt 20% inte överlevde (Socialstyrelsen, 2019).

Wachelder et al. (2016) beskriver att efter en person har drabbats av hjärtinfarkt kan det leda till fatigue, sämre psykiskt mående och depression, vilket leder till en negativ påverkan på deras livskvalitet. Personer som har drabbats av hjärtinfarkt kan uppleva situationen som livshotande (Wachelder et al., 2016). De som har drabbats av en andra hjärtinfarkt lever i en ständig rädsla av att återinsjukna i en ny hjärtinfarkt, vilket leder till restriktioner i vardagen som påverkar livskvaliteten (Strömbäck et al., 2019). O'Keefe-McCarthy (2008) beskriver att kvinnor kan uppleva andra symtom vid hjärtinfarkt jämfört med män. Kvinnor upplever inte alltid de klassiska symtomen som till exempel bröstsmärta (O'Keefe-McCarthy, 2008) utan oftare symtom i form av illamående, käk- och ryggsmärta samt andfåddhet (WHO, 2017). Vidare hävdar O'Keefe-McCarthy (2008) att kvinnor väntar med att söka vård på grund av okunskapen kring symtomen av hjärtinfarkter. Kvinnornas kunskapsbrist leder till att de inte kommer in till sjukhuset i tid för behandling vilket resulterar i högre mortalitet än hos män (Vaccarino et al., 2000)

När kvinnor med atypiska symtom slutligen beslutar sig för att söka vård, är det triagesjuksköterskan som gör den första bedömningen av symtom. I bemötandet med sjukvården upplever kvinnorna att de inte blir tagna på allvar (Arslanian-Engoren & Scott, 2016). Hur sjukvården följer upp kvinnorna har en avgörande betydelse för deras psykosociala hälsa (Fuochi & Foá, 2018). Med kännedom om denna kunskap belyser den aktuella studien kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt, vilket kan leda till en ökad kunskap som kan användas i den kliniska verksamheten samt inom utbildning av patienter och vårdpersonal.

Bakgrund

Patofysiologi, diagnostik och behandling av hjärtinfarkt

Rydberg och Holst (2016) förklarar att hjärtinfarkt orsakas av myokardischemi som uppkommer när blodförsörjningen inte möter hjärtcellernas aktuella syrebehov. Otillräcklig blodförsörjning kan bero på förträngningar i kranskärlen, grav anemi eller takykardi. Förträngningarna i kärlen skapas av ateroskleros som utvecklas under lång tid. Ateroskleros uttrycker sig genom en endoteldysfunktion där fibröst plaque ansamlas och successivt förtränger kärlets lumen. Det fibrösa plaquet innehåller lipider med främst det onda, LDL-kolesterolet, vilket gör plaquet mjukt och bristningsbenäget. Om det skulle rupturera uppstår en ulceration som aktiverar en kraftig koagulationsprocess vilket orsakar en total ocklusion, som slutligen leder till en hjärtinfarkt (Rydberg & Holst, 2016).

Enligt Rydberg och Holst (2016) fastställs hjärtinfarkt om två av tre diagnoskriterier uppfylls; smärta eller tryck i bröstet i över 15 min, EKG-förändringar med samtidig ischemi och ökad förekomst av hjärtskademarkörer i blodet. EKG-mätningen visar antingen en ST-höjning om det är en STEMI eller en ST-sänkning vid en NSTEMI (Rydberg & Holst, 2016). Vårdprogrammet för hjärtsjukvård (Adamson et al., 2017) beskriver om hur olika hjärtskademarkörer, som till exempel Troponin I och CK-MB, frigörs i blodbanan och återspeglar en eventuell myokardskada. Wikström (2018) berättar att behandlingen av hjärtinfarkt fokuserar på att återställa syresättningen i hjärtat så fort som möjligt vilket sker genom PCI eller trombolysbehandling. Vid PCI förs en stent in i det förträngda kärlet som hindrar att förträngningen uppstår igen och samtidigt suggs eventuella koagel ut som preventionsåtgärd. Vid trombolysbehandling ges trombolytika för att lösa upp proppen och det är viktigt att läkemedlet ges inom tolv timmar. Jansson et al. (2018) lyfter MONA som en minnesregel för behandling i de prehospitala skedet som inkluderar morfän, oxygen, nitroglycerin och acetylsalicylsyra. Vidare förklarar Wikström (2018) att det är viktigt att patienten är smärtfri för att bibehålla en normal puls och minska belastningen på hjärtat samt att patienten är lugn för att minimera höga halter av stresshormoner för att undvika arytmier.

Prevention av hjärtinfarkt

Det finns flera riskfaktorer som inte är påverkbara i insjuknande av hjärtinfarkt som ålder, ärftlighet och manligt kön (Rydberg & Holst, 2016). Majoriteten av hjärtinfarkter orsakas av riskfaktorer som däremot går att påverka. De vanligaste påverkbara faktorerna är rökning, högt kolesterol och en låg grad av fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2015). Utöver dessa faktorer beskriver Canto (2011) att även högt blodtryck och diabetes är faktorer som kan bidra till insjuknande av hjärtinfarkt. Mer än 85 % av dem som drabbas av hjärtinfarkt har minst en av de ovanstående riskfaktorerna (Canto, 2011).

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för utvärdering av hjärtsjukvård (2015) lyfter fram hur sjukvården kan vara ett stöd i eftervården samt förebygga att patienten återinsjuknar i en ny hjärtinfarkt. Genom blodfettskontroller kan LDL-kolesterolet följas upp och regleras med blodfettssänkande läkemedel som statiner. Folkhälsomyndigheten (2020) beskriver att fysisk träning har visat sig vara en effektiv sekundärprevention som reducerar kardiovaskulära riskfaktorer som höga blodfetter, högt blodtryck och hjärtinfarkt.

Ringberg (2019) menar att rökningen är en av de tydligaste riskfaktorerna till hjärt- och kärlsjukdomar. Enligt Socialstyrelsen (2015) är rökstopp den viktigaste sekundärpreventiva åtgärden för att undvika återinsjuknande. Rökning skadar endotelskiktet i blodkärlen, vilket leder till att LDL-kolesterolet lättare kan ta sig in i kärlväggen. Rökning sänker även halten av det goda kolesterolet, HDL. Socialstyrelsen (2015) hävdar att av de som har rökt och drabbas av en hjärtinfarkt är risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt inom det första året 12 %, medan de som väljer att sluta röka under samma period halverar risken att återinsjukna. Socialstyrelsen hävdar att deras rekommendationer om rökstopp och de insatser som görs i vården nu inte är tillräckliga eftersom statistik visar att nästan hälften av patienterna fortsätter att röka efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt (Socialstyrelsen nationella riktlinjer, 2015).

Kvinnors symtom på hjärtinfarkt

Från tidigare år har statistik och studier visat att det är betydligt fler män än kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt. De senare åren har detta däremot ändrats, där skillnaden mellan könen har reducerats (Socialstyrelsen, 2020a). De flesta kvinnor drabbas generellt av hjärtinfarkt efter menopausen (Barous & Oji, 2019; Socialstyrelsen, 2020b). Barous och Oji (2019) menar att detta beror på att yngre kvinnor har könshormonet östrogen som påverkar en högre halt av det skyddande HDL-kolesterolet. Det innebär att efter menopausen närmar kvinnorna sig männen i risken för insjuknande i hjärtinfarkt (Barous & Oji, 2019). Symtomen mellan kvinnor och män skiljer sig åt där kvinnor i högre grad rapporterade in obehag framför smärta (Chen et al., 2005), där enbart 50% av kvinnorna som insjuknat i hjärtinfarkt upplevde symtom i form av bröstsmärta (Barous & Oji, 2019).

Svårigheten vid diagnostiken hos kvinnor är att symtomen kan vara många. Fatigue, illamående, svettningar, palpitationer, rodnad, rastlöshet, ryggsmärta och värk i armarna, är några symtom som kvinnor kan uppleva, och ofta i kombination med varandra (O'Keefe-McCarthy, 2008). Dessa symtom är inte inrapporterade i samma grad som de klassiska symtomen vid hjärtinfarkt. Det finns en okunskap kring dessa symtom hos kvinnor, vilket bidrar till att kvinnor väntar med att söka vård (Barous & Oji, 2019). Det beror på att symtomen är atypiska och att det finns en bristande kunskap kring dessa. Det leder till att kvinnor inte reagerar på symtomen alternativt försöker lindra med egenvård (O'Keefe-McCarthy, 2008). Sjukvården har även en bristande kunskap kring kvinnors symtom på hjärtinfarkt, vilket leder till att många kvinnor blir fel triagerade. Vissa kvinnor beskriver också att de atypiska symtomen blev ett hinder för diagnostiseringen, där de upplevde det svårt att sätta ord på sina symtom som upplevdes som ett diffust obehag (Arslanian-Engoren & Scott, 2016).

Psykologiska aspekter av livshotande sjukdom

När en person drabbas av något oväntat där livet står på spel, genomgår personen olika krisreaktioner som är gemensamma för alla som går igenom en händelse som påverkar livet. Det

finns fyra olika faser inom krisens förlopp. Den första fasen är chockfasen där individen tar avstånd från verkligheten, genom att personen inte har förmåga att förstå vad som har skett (Cullberg, 2006). Petricek et al. (2015) menar att de personer som drabbats av hjärtinfarkt kan uppleva en chock eller att de inte klarar av att inse att de har drabbats. Vidare beskriver Cullberg (2006) att tillsammans med reaktionsfasen, formas den akuta krisen. Det är i denna fas som individen börjar inse händelsen och försvarsmekanismer verkställs för att skydda sig mot lidandet. Alla individer är olika och agerar med olika försvarsmekanismer. Personerna har ofta mycket höga stressymtom på grund av stora påfrestningar under lång tid. Stressen kan även uttrycka sig genom somatiska symtom som till exempel hjärtklappning (Cullberg, 2006).

När individen lämnar den akuta krisen börjar nästa fas, bearbetningsfasen. Personer som har drabbats av en kronisk sjukdom eller en fysisk skada riktar sin syn på framtiden och tanken på hur de ska lära sig att leva med tillståndet. Genom att anpassa sig till sitt nya tillstånd innebär det också att acceptera sina nya sociala roller, vilket är en del av bearbetningsprocessen (Cullberg, 2006). Holder et al. (2014) beskriver hur personer efter en hjärtinfarkt levde med en rädsla och ångest i och med att döden var så nära. Personerna lärde sig att leva med händelsen och började acceptera sin sjukdom med en insikt om att de inte är odödliga. Många påpekade hur viktigt stödet av anhöriga var för återhämtningsprocessen och bearbetningen.

I sista fasen, nyorienteringsfasen, handlar det om att ta lärdom av händelsen i framtiden. Händelsens betydelse blir en del av livet som inte ska glömmas bort, utan hellre nyttjas som en erfarenhet i kommande livsperioder. Individen kommer alltid ha ett ärr från händelsen, men förutsatt att personen har försonat sig med händelsen kommer personen ta med sig erfarenheter vidare i livet (Cullberg, 2006). Holder et al. (2014) menar att personerna som drabbats av hjärtinfarkt såg sin överlevnad som en andra chans i livet, där det allra viktigaste i livet började prioriteras. Till exempel var livsstilsförändringar en prioritering för många då de fick en mer positiv syn på livet (Holder et al., 2014).

Sjuksköterskans kärnkompetenser

Sjuksköterskans profession ska bedrivas efter de sex kärnkompetenserna för att säkerställa en god omvårdnad, vilket är sjuksköterskans specifika huvudområde. De sex kärnkompetenserna innefattar personcentrerad vård, teamarbete, förbättringskunskap, säker vård, evidensbaserad vård och informatik (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Personcentrerad vård innebär att sjukvården sätter patientens behov och önskan i centrum framför sjukdom och ohälsa. Det betyder att patientberättelsen ska lyftas och att sjuksköterskan behöver vara lyhörd så patienten känner sig delaktig i sin egen vårdutveckling. För att kunna eftersträva ett lyckat bemötande kräver det att vårdpersonalen har ett förhållningssätt där varje patient ses som unik. Genom att fånga upp patientens personliga lidande och behov kan rätt behandling och stöd uppfyllas (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Arslanian-Engoren och Scott (2016) belyser kvinnor som har drabbats av hjärtinfarkt och deras erfarenheter av bemötandet på akutmottagningen. Kvinnorna upplevde att de inte blev tagna på allvar när de förklarade sina symtom till sjukvården. Forsberg (2016) hävdar att det krävs en personcentrerad vård för att upprätthålla maktbalansen mellan patient och vårdare. Det innebär att patienten ska bli sedd, hörd och tagen på allvar, annars kan en skam och skuld uppkomma hos patienten av känslan av att vara till besvär. Vården är idag uppbyggd efter medicinska diagnoser, vilket kan göra det svårare att se personen bakom sjukdomen. Personens känsla av vad som händer i sin egen kropp återspeglas inte alltid av hur andra uppfattar tillståndet (Forsberg, 2016). Arslanian-Engoren och Scott (2016) förklarar vidare att kvinnorna med deras atypiska symtom blev en barriär där kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte lyssnade på deras berättelse (Arslanian-Engoren & Scott, 2016). Ett sådant förhållningssätt av sjukvården tyder på en bristande personcentrerad vård (Forsberg, 2016).

Teamarbete är en viktig aspekt för att upprätthålla en god vård, där alla i teamet har specifika arbetsuppgifter. I teamet ingår även patienten och dess anhöriga som har rätt att få vara delaktiga

och fatta beslut kring vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt patientlagen (2014) har patienten rätt till all information kring sin vård som hälsotillstånd, behandlingsalternativ och komplikationer. Patienten ska få vara delaktig i sin vård och vara med och bestämma om det fortsatta vårdförloppet (Patientlagen, 2014). Informatik kan i sin tur användas för att kunna dokumentera patientens vårdförlopp och används som stöd vid nya beslutstaganden. Informatik är också nödvändigt vid patientutbildning som ökar patientens förståelse och delaktighet i sin vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Vården ska bedrivas evidensbaserat och då krävs det att nya kunskaper etableras i vården. Evidensbaserad vård innebär att professionen arbetar mot den nyaste forskningen som ger bäst resultat (Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Det är viktigt att sjuksköterskan vågar poängtera brister samt nya lösningar för att säkra vårdens innehåll och kvalitet, för att ständigt utvecklas. Det sker genom ett ständigt förbättringsarbete för att säkerställa att vården bedrivs mot den senaste evidensen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Tidsbrist, brist på autonomi och svårigheter att värdera vetenskaplig kunskap är faktorer som ökar svårigheten att arbeta evidensbaserat (Forsberg, 2016). Arslanian-Engoren och Scott (2016) lyfter att sjukvården hade en bristande kunskap om kvinnors symtom på hjärtinfarkt som begränsade deras förmåga att kunna ge en säker och evidensbaserad vård.

Hälso- och sjukvården är i ständig utveckling där nya metoder och behandlingar omsätts i praktiken. Det innebär en ökad risk för vårdskador om inte patientsäkerheten och vårdkvaliteten säkerställs. Säker vård är ett utvecklingsarbete som tillämpas på flera nivåer och områden. För att förebygga vårdskador är patientsäkerheten av stor betydelse (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Enligt patientsäkerhetslagen (2010) ska vården bedriva ett systematiskt arbete för att upprätthålla patientsäkerheten. Patientsäkerheten är en ständig process som behöver ha fokus på att eftersträva en kontinuitet i kontakten mellan patient och vårdgivare (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Arslanian-Engoren och Scott (2016) belyser i sin studie att en bristande kunskap i kvinnornas symtom resulterade i förseningar av behandlingen. Vidare menar Kaul et al. (2011) att en försenad behandling, särskilt bland kvinnor med atypiska symtom, i

värsta fall kan leda till döden. Kunskapsbrist kan därmed leda till en vårdskada där en säker vård med adekvat kunskap inte kan säkerställas.

Perspektiv och utgångspunkter

Travelbees omvårdnadsteori

Joyce Travelbees omvårdnadsteori fokuserar på det mellanmännsliga förhållandet inom vården. Relevanta begrepp hon belyser är människosyn, lidandet och dess mening, samt sjuksköterskans stöd i omvårdnaden (Travelbee, 2010).

Människosyn

Enligt Travelbee (2010) definieras människan som en enastående och oersättlig individ. Egenskaper människan besitter är att komma ihåg tidigare erfarenheter som ställer förväntningar på framtiden. Om en person har upplevt mycket smärta och lidande tidigare i livet tas dessa erfarenheter med i nya upplevelser, vilket kan förstärka lidandet. Samtidig har människan en förmåga att ta lärdom från tidigare erfarenheter och välja att hantera lidandet, vilket leder till en personlig utveckling. Alla människor kommer någon gång i livet att komma i kontakt med sjukdom, lidande och smärta. Varje människa är unik vilket också gör att dessa känslor upplevs olika och ger subjektiva upplevelser (Travelbee, 2010).

Lidandet och dess mening

Travelbee (2010) beskriver att lidandet är en del av den mänskliga naturen, och något alla människor kommer att uppleva någon gång i livet. Lidandet definieras som emotionella och fysiska upplevelser samt är en aspekt av människans egna uppfattningar som uttrycks när människan upplever en situation som smärtsam. Själva lidandet betraktas som en erfarenhet, och en individuell unik upplevelse som inte går att generalisera (Travelbee, 2010). Petricek et al. (2015) förklarar att det framkommer personer som har drabbats av hjärtinfarkt utan tydliga symtom, och att de därmed kan bli chockade vid diagnosbeskedet. Individerna kan drabbas av en emotionell- och existentiell rädsla samt börja reflektera över sin egen påverkan i förhållande till sjukdomsförloppet. Vidare beskriver Travelbee (2010) att en förvåning kan uppstå, där individen ifrågasätter sitt ansvar av lidandet och varför just jag blev drabbad. Det är ett sätt att försöka ge någon ansvaret för det som hänt.

Strömbäck et al. (2019) beskriver att personer som drabbas av en andra hjärtinfarkt har en högre medvetenhet om att kunna drabbas av en ny infarkt. Det kan leda till restriktioner i det vardagliga livet, som till exempel att alltid vara i närheten av ett sjukhus samt inte överbelasta hjärtat med fysisk ansträngning. Personerna upplevde en rädsla, känsla av hopplöshet, och att tappa kontrollen efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Framtiden ansågs vara osäker då en konstant rädsla för ett återinsjuknande fanns, vilket kan leda till en sämre livskvalitet. Att drabbas av en andra infarkt ansågs medföra en stor skam och en stor rädsla för att drabbas av en tredje infarkt (Strömbäck et al., 2019). Travelbee (2010) hävdar att när personer drabbats av sjukdom kan andra prioriteringar göras då nya perspektiv på det som anses vara viktigt uppstår. En rädsla kan uppstå av inte att klara av påfrestningarna i nuet och för att inte ha en framtid, samtidigt som det finns en skam för att ha ett självmedlidande.

Sjuksköterskans stöd till kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt

En del av sjuksköterskans profession är att förebygga och hjälpa personer att lära sig hantera sina erfarenheter av en sjukdom. Det innefattar att hjälpa personerna att hitta en mening med livet. Är människan motiverad till att hitta meningen med livet efter en sjukdom så kan det användas som en brukbar livserfarenhet i framtiden (Travelbee, 2010). Petricek et al. (2015) beskriver faktorer som innefattar stöttning och förtroendet för vården som kan bidra med att patienten lättare kan hantera diagnosen. De kan även få en förståelse kring allvarlighetsgraden av att insjukna i en hjärtinfarkt. Enligt Travelbee (2010) kan sjuksköterskan hjälpa sjuka patienter med att hitta mening i lidandet, men då krävs det att sjuksköterskan själv förstår hur sjukdomen och lidandet kan vara meningsfulla livserfarenheter.

O'Keefe-McCarthy (2008) förklarar vidare att det krävs en medvetenhet om kvinnors atypiska symtom vid hjärtinfarkt hos kvinnorna, för att sjukvården ska kunna ge en adekvat vård. Dessutom krävs det att sjuksköterskan ser varje individs upplevelser som unika, för att kunna ge rätt och god omvårdnad. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010) har sjuksköterskan ett ansvar att eftersträva ett arbetssätt som bedriver en hög patientsäkerhet. O'Keefe-McCarthy (2008) berättar att det krävs en förståelse kring kvinnornas upplevelser av att drabbats av en hjärtinfarkt för att

ge en god personcentrerad vård efter diagnosbeskedet där kvinnorna kan få utbildning i riskfaktorer och beteenden.

Kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt definieras i detta arbete som uppfattningen av symtomen innan hjärtinfarkten, under det akuta skedet, samt hur det påverkar livet efteråt. Genom en sammanställning av hur kvinnor upplever att drabbas av hjärtinfarkt, kan en förståelse av redan befintlig kunskap fördjupas och vidare appliceras i den kliniska verksamheten.

Syfte

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt.

Metod

En litteraturstudie är en sammanställning som genererar en ökad kunskap inom området. Det är fördelaktigt för att få en översikt över befintlig evidens samt upptäcka nya forskningsfrågor (Polit & Beck, 2021). Kristensson (2014) menar att föreliggande studie beskrivs som en icke systematisk litteraturstudie, då studien inte representerar sammanställning av all relevant litteratur inom området (Kristensson, 2014). Aktuell litteraturstudie belyser kvinnors upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt. Polit och Beck (2021) förklarar att första steget i forskningsprocessen innefattar att hitta en aktuell forskningsfråga, för att därefter göra en grundlig granskning av befintlig litteratur. För att få fram relevant litteratur är det viktigt att ha en bra sökstrategi med konkreta nyckelord, därefter kan artiklar med relevanta titlar inkluderas (Polit & Beck, 2021).

Urval

Inklusionskriterier för valda artiklar i studien är kvalitativa studier, skrivna på engelska och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna var publicerade mellan år 2006-2021 för att få med den senaste evidensen samt de senaste publicerade studierna som är relevanta. Utvalda artiklars abstrakts har lästs i sin helhet och de artiklar som passade till studiens syfte har inkluderats. De utvalda artiklarna inkluderade kvinnor i alla åldrar som har drabbats av en

hjärtinfarkt. Kvantitativa studier, pilotstudier, litteratursammanställningar och interventionsstudier exkluderades.

Datainsamling

Sökningen gjordes i databaserna CINAHL och PubMed. CINAHL fokuserar på vårdvetenskaplig omvårdnad medan PubMed har en medicinsk aspekt (Kristensson, 2014). De studierna som valdes i båda databaserna hade fokus på patientperspektivet av upplevelsen av att drabbas av hjärtinfarkt. Omvårdnads- och medicinska begrepp översattes genom svenska MESH för att få rätt sökord. I databasen CINAHL utfördes sökningen genom att tillämpa boolesk sökteknik där orden “OR”, “AND” och “NOT” har använts (Friberg, 2017). Sökningen utfördes i olika block, där synonymer av ett begrepp kombinerades med “OR”. De olika blocken kombinerades sedan ihop med “AND” för att hitta relevanta artiklar. Relevanta sökord som har använts är “patient experience”, “women” och “myocardial infarction”. Sökningen gjordes både i fritext och med ämnesord (tabell 1). Sökningen i PubMed gjordes i fritext med orden “woman”, “myocardial infarction”, “experience” och “life change event” som söktes med de booleska operatörerna “OR” och “AND” för att inkludera alla relevanta studier. Sökblocken kombinerades därefter med “AND” (tabell 2). Enligt SBU (2017) används ämnesord för en mer specifik sökning och fritexten gör sökningen känsligare. För bäst resultat bör båda sökstrategierna inkluderas i sökningen. Totalt inkluderades elva kvalitativa artiklar i den aktuella litteraturstudien. Sökprocessen är redovisad i sökscheman nedan (tabell 1 och 2).

Tabell 1. Sökschema för CINAHL: (Sökdatum: 2021-11-16)

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	(MH “Myocardial infarction”+) OR Heart attack	82,725					
#2	(MH “Patient History Taking”+) OR patient experience OR patient attitudes	298,722					

#3	(MH "Women+" OR "female")	2,150,110						
#4	#1 AND #2 AND #3	1,748						
#5	#1 AND #2 AND #3 NOT Male	140						
#6	Filter: Publications: 15 years, Language: English Source type: Academic Journals	112	112	43	23	11	10	

Tabell 2. Sökschema för PubMed: (Sökdatum: 2021-11-17)

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	Woman OR Female	9,749, 475					
#2	Myocardial Infarction	267, 283					
#3	Experience AND Life change event	7003					
#4	#1 AND #2 AND #3	42					
#5	Filter: Publications: 15 years, Language: English	23	23	11	4	2	1

Dataanalys

De valda artiklarna har analyserats enligt Fribergs (2017a) analysmodell för en integrerad analys. Friberg (2017a) förklarar att analysen av artiklar sker i fem steg. I första steget lästes artiklarna i sin helhet ett flertal gånger för att få en förståelse kring ämnet. Artiklarna lästes först individuellt, sedan diskuterades artiklarnas innehåll gemensamt. I steg två identifierades nyckelorden i respektive artikel. I steg tre utvecklades en sammanfattning i form av en artikelmatris (bilaga 1) med fokus på syfte, metod, urval och resultat. Vidare i steg fyra sammanställdes likheter och skillnader från artiklarnas resultat, vilket presenterades i två teman

samt totalt sex subteman som grund för resultatets innehåll. De teman och subteman som skapades redovisas i form av ett översiktsschema (figur 1) för att få struktur på materialet och en tydlig översikt över resultatet. Översiktsschemat gjorde det enkelt att gå mellan detaljerna av artiklarna till en helhetsbild av alla artiklar. Det gav en övergripande förståelse av materialet, som behövdes för att kunna göra jämförelserna mellan artiklarna. I det sista steget i den integrerade analysen drogs slutsatser utifrån det sammanställda materialet och de befintliga teman och subteman för den aktuella studiens resultat (Figur 1; Friberg, 2017).

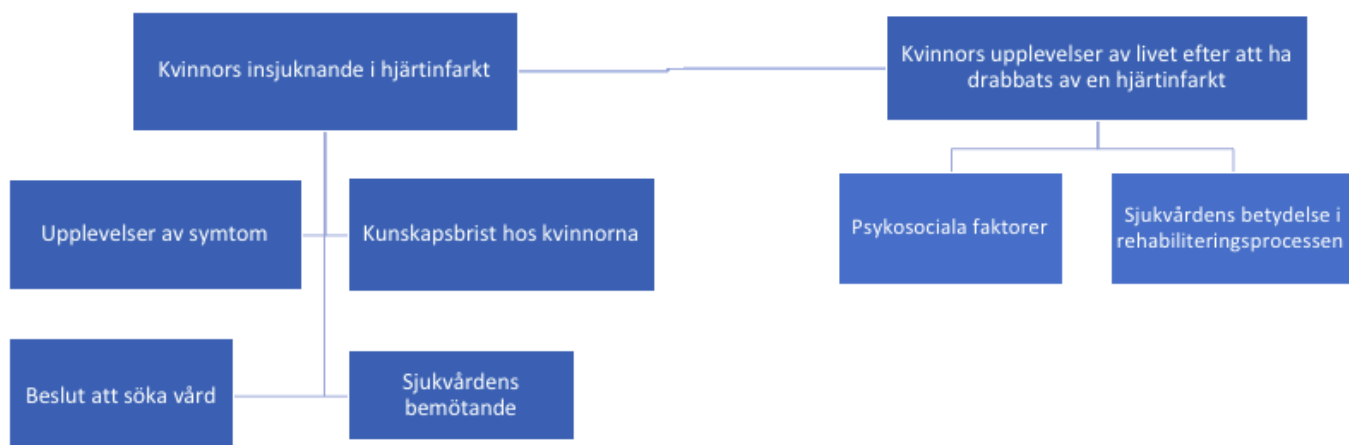
De artiklar som valdes ut till studien kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa metoder (SBU, 2020). Artiklarnas kvalitet redovisades i artikelmatrisen (bilaga 1). De artiklar som bedömdes som medel eller hög kvalitet inkluderades i aktuell litteraturstudie.

Forskningsetiska avvägningar

Polit och Beck (2021) betonar vikten av att tillämpa etiska aspekter, särskilt i omvårdnadsforskning där det inte finns någon tydlig gräns mellan forskningens nytta och den kliniska verksamheten (Polit & Beck, 2021). World Medical Association, WMA (2021) har utvecklat en policy, Helsingforsdeklarationen, för etiska principer gällande forskning där människor är involverade. Helsingforsdeklarationen berör människans rättigheter, självbestämmande, integritet samt nyttan med forskningen. Etiska principer från Helsingforsdeklarationen har beaktats i valda artiklar till den aktuella studien. Etiska koder är också utvecklade i syfte att skydda människors rättigheter. En etisk kod som används i klinisk verksamhet på internationell basis, utvecklad av The International Council of Nurses (ICN), är *ICN Code of Ethics for Nurses* (Polit & Beck, 2021). Etikprövningslagen (2003) benämner att deltagarna i en forskningsstudie har rätt till information om studiens syfte samt metod och de risker som kan uppkomma. Deltagarna måste lämna ett frivilligt samtycke och vara väl informerade om att det går att avbryta under studiens gång, utan konsekvenser. Artiklarna som ingår i föreliggande studie, har granskats av en etisk nämnd alternativt har ett tydligt etiskt resonemang. Författarna av den aktuella litteraturstudien har hållit sig forskningsetiskt i förhållande till artiklarnas resultat för att undvika att resultatet förvrängs.

Resultat

Elva artiklar inkluderades i den integrerade analysen för att belysa kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. Analysen resulterade i två teman under titeln *Kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt*; *Kvinnors insjuknande i hjärtinfarkt (1)* och *Kvinnors upplevelser av livet efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt (2)*. Inom första temat urskiljdes även fyra subteman; *Upplevelser av symtom*, *Kunskapsbrist hos kvinnorna*, *Beslut att söka vård* och *Sjukvårdens bemötande*. Under det andra temat urskiljdes två subteman; *Psykosociala faktorer* och *Sjukvårdens betydelse i rehabiliteringsprocessen*. Aktuella teman och subteman presenteras i Figur 1.



Figur 1: Översikt av teman och subteman av kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt.

Kvinnors insjuknande i hjärtinfarkt

I temat *Kvinnors insjuknande i hjärtinfarkt* belyses kvinnornas upplevelser av insjuknandet av hjärtinfarkt och hur de väljer att agera på tillståndet. Temat innehåller fyra subkategorier: *Upplevelser av symtom, Kunskapsbrist, Beslut att söka vård* samt *Sjukvårdens bemötande*

Upplevelser av symtom

Flera studier belyste att kvinnorna inte upplevde de klassiska symtomen vid en hjärtinfarkt, utan istället upplevde trötthet, matsmältningsbesvär, halsbränna, dyspné, tryck över bröstet och illamående (Arslanian-Engoren & Scott, 2017; Blakeman et al., 2020; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Symtom som dåsighet, svettningar och en allmän sjukdomskänsla upplevdes också bland vissa kvinnor (Ruston & Clayton, 2017).

Kvinnorna i studien av Herning et al. (2011) beskrev föreställningar om att en hjärtinfarkt skulle ha gett en akut, huggande smärta i bröstet som strålar ut i armarna och i värsta fall ett förlorat medvetande. De hävdade att hjärtinfarkt är en manssjukdom och att de uppvisade andra symtom och därav aldrig kunde tänka sig att de själva kunde insjukna i en hjärtinfarkt. Flera studier beskrev istället att symtomen var som ett diffust obehag, samt ett tryck över bröstet framför smärta (Arslanian-Engoren & Scott, 2017; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Tiden innan hjärtinfarkten upplevde kvinnorna vaga symtom som uppkom vid olika tillfällen, vilket inte ansågs som ett varningstecken på fara (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018), förrän de återkommande symtomen blev mer intensiva (Gyberg et al., 2016).

Blakeman et al. (2020) lyfte att symtomen på hjärtinfarkt framkom även innan det akuta skedet av en hjärtinfarkt. Flera studier belyste det prodromala symtomet fatigue som även beskrevs som trötthet, energilöshet och svaghet samt reducerad motivation (Blakeman et al., 2020; Ruston & Clayton, 2017; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018). Blakeman et al. (2020) belyste även att kvinnorna upplevde kognitiva förändringar tiden innan hjärtinfarkten. Korttidsminnet, svårigheter att hitta orden och nedsatt koncentrationsförmåga var de främsta förändringarna både kvinnorna och deras anhöriga uppmärksammade. Fatiguen påverkade även

kvinnornas vardag, då kvinnorna inte orkade att utföra sina dagliga rutiner (Blakeman et al., 2020). Symtomen hade uppkommit flera dagar, veckor, och månader innan hjärtinfarkten inträffade (Blakeman et al., 2020; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018).

Kunskapsbrist

Flertalet studier visade på att kvinnor hade en okunskap kring symtomen vid hjärtinfarkt, vilket gjorde att de inte förstod att de var på väg eller hade drabbats av en hjärtinfarkt (arslanian-Engoren & Scott, 2017; Gyberg et al., 2016; Herning et al., 2011; Jackson & McCulloch, 2014; Ruston & Clayton, 2017; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018). Många kvinnor kände bara till de klassiska symtomen och därmed förstod de inte att de hade drabbats av en hjärtinfarkt, när de bara uppvisade atypiska symtom (arslanian-Engoren & Scott, 2017; Gyberg et al., 2016; Herning et al., 2011; Jackson & McCulloch, 2014; Smith et al., 2018). Kunskapsbristen kring symtomen för hjärtinfarkt ledde till att kvinnorna förminskade symtomen och därmed ofta väntade med att söka vård (Jackson & McCulloch, 2014; Ruston & Clayton, 2017). Det berodde på att de flesta kvinnor upplevde diffusa obehag eller intermittenta smärtor, men ansåg sig inte vara i en livshotande situation och tänkte att symtomen kommer gå över av sig själv (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018). Många kvinnor försökte övertala sig själva om vad besvären orsakades av och diagnostiserade sig själva utifrån tidigare erfarenheter (Gyberg et al., 2016; Jackson & McCulloch, 2014; Ruston & Clayton, 2017; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018). Därmed kopplade kvinnorna ihop de atypiska symtomen med andra sjukdomar som influensa, gastrit eller tidigare hjärtproblematik som angina pectoris och därför normaliserades symtomen (arslanian-Engoren & Scott, 2017; Herning et al., 2011; Ruston & Clayton, 2017).

Trots att kvinnorna kände till att många i deras familj hade drabbats av hjärtinfarkt kunde de inte relatera till att de själva skulle kunna ha drabbats (Herning et al., 2011; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018). Kvinnorna menade att ung ålder, hälsosam livsstil och deras kön var faktorer som skyddade dem mot att drabbas av hjärtinfarkt (Herning et al., 2011; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Vidare menar Smith et al. (2018) att även om kvinnorna

uppfyllde riskfaktorer som hypertoni och tidigare hade rökt, kunde kvinnorna inte dra den parallellen till riskfaktorerna (Smith et al., 2018). Det framkom även att vissa kvinnor hade kännedom om att det fanns hjärtsjukdomar i deras familjehistorik, men att de ändå förnekade att deras symtom kunde indikera en hjärtinfarkt (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al., 2018). I relation till kvinnornas bristande kunskaper menar Jackson och McCulloch (2014) att om kvinnor hade haft mer kunskap om hjärtinfarkt, antingen genom erfarenheter eller utbildningar, kunde de lättare ha känt igen symtomen på hjärtinfarkt (Jackson & McCulloch, 2014). De kvinnor som hade tidigare erfarenheter av hjärtsjukdomar kunde koppla sina symtom till att det måste vara kardiologiska besvär (Herning et al., 2011; Jackson & McCulloch, 2014; Ruston & Clayton, 2017).

En vanlig åtgärd för att minimera symtomen var att försöka hitta bakomliggande förklaringar till symtomen som stress eller trötthet (Gyberg et al., 2016; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Kvinnorna försökte i första hand lindra sina symtom med hjälp av egenvård. Om kvinnorna inte var hemma när symtomen startade ville de ta sig hem och vila eller förbereda sig för sjukhusbesöket. De tog mediciner, drack kallt vatten samt försökte sova bort symtomen för att minimera besvären (Gyberg et al., 2016; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Herning et al., 2011). Egenvården utfördes så länge symtomen inte påverkade det dagliga livet samt ansågs vara ofarliga av kvinnorna med ett tankesätt om att symtomen skulle avta. Symtomet fatigue påverkade många kvinnors dagliga liv, men trots detta upplevde många att symtomet inte var något att oroa sig för (Blakeman et al., 2020; Smith et al., 2018).

Beslut att söka vård

När symtomen på hjärtinfarkt förändrades i sin karaktär försökte kvinnorna hitta andra förklaringar genom att urskilja likheter och skillnader från sina egna erfarenheter samt från andras åsikter, för att förstå vad som hände i kroppen. När besvären ökade i intensitet, började kvinnorna överväga att söka vård då de insåg allvaret av sina symtom (Gyberg et al., 2016).

Vid beslutet att söka vård hade familjen även en stor påverkan på beslutet (arslanian-Engoren & Scott, 2017; Herning et al., 2011; Jackson & McCulloch, 2014; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). De kvinnor som levde ensamma och utan kontakt med familjen sökte vård senare på grund av att anhöriga inte kunde påverka och påskynda processen (Herning et al., 2011). Kvinnorna ville inte belasta eller besvära sina anhöriga med sina problem och var därför motvilliga till att diskutera sina hälsoproblem och beslutet om att söka vård med dem (Herning et al., 2011; Jackson & McCulloch, 2014). Flera kvinnor beskrev dock en lättnad om de hade anhöriga som kunde ta beslutet åt dem att ringa ambulans eftersom de var oroliga för att symtomen inte skulle vara något allvarligt och att de därmed kontaktade sjukvården i onödan (Herning et al., 2011). Vissa var även motvilliga till att ringa ambulans då de var rädda för att hjälpen skulle dröja samt att det skulle inkräkta på deras privatliv (Jackson & McCulloch, 2014). Många kvinnor valde därmed att inte ringa efter ambulans utan inväntade familjemedlemmar och vänner som sedan körde dem till sjukhuset istället (arslanian-Engoren & Scott, 2017). I kontrast till detta kunde familjen även vara en hämmande faktor i vårdsökandet, då kvinnorna kände ett ansvar över familj och husdjur som de inte kunde lämna över till någon annan, vilket gjorde att de avvaktade med att söka vård (Herning et al., 2011; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

Sjukvårdens bemötande

Flera studier nämnde att kvinnorna inte blev korrekt behandlade av sjukvårdspersonalen (Gyberg et al., 2016; Ruston & Clayton, 2017; Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna blev feldiagnostiserade av sjukvårdspersonal och behandlades för andra diagnoser först istället för hjärtinfarkt (Ruston & Clayton, 2017; Stevens & Thomas, 2012). Sjukvården tog inte dem på allvar på grund av deras symtom och ålder (Stevens & Thomas, 2012; Smith et al., 2018). Ett exempel från Smith et al. (2018) visade att när kvinnorna sökte vård för sin fatigue, antog sjukvården att deras fatigue berodde på att de hade kommit i menopausen (Smith et al., 2018). Ruston och Clayton (2017) påpekade att det hände att kvinnorna sökte vård ett flertal gånger, men enbart fick antibiotika utskrivet för att återvända hem och vänta på ytterligare medicinska beslut (Ruston & Clayton, 2017). När de sökte vård för sina symtom inträffade det att läkaren inte hittade någon orsak till symtomen. Nästa gång symtomen uppkom, hade kvinnorna i åtanke

att sjukvårdspersonalen inte tog symtomen på allvar och menade att de inte var allvarligt sjuka, vilket återspeglades i deras vilja att uppsöka sjukvården (Gyberg et al., 2016).

Kvinnors upplevelser av livet efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt

Temat *Kvinnors upplevelser av livet efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt* beskriver upplevelserna av konsekvenserna efter att ha insjuknat i hjärtinfarkt, vilket presenteras i subteman *Psykosociala faktorer* och *Sjukvårdens betydelse i rehabiliteringsprocessen*.

Psykosociala faktorer

Flera studier beskrev kvinnornas liv efter hjärtinfarkt med ett negativt förhållningssätt (Simeone et al. 2020; Stevens & Thomas, 2012) medan Wieslander et al. (2016) lyfte ett positivt perspektiv. Stevens och Thomas (2012) beskrev att kvinnorna kände sig väldigt svaga, utmattade samt upplevde en hög ångest (Stevens & Thomas, 2012). En hög stress samt minsta lilla symtom som smärta och trötthet identifierades som en risk och en stor rädsla för att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Många kvinnor hade svårt att uttrycka sin rädsla till sina anhöriga och ville inte göra dem oroliga (Simeone et al., 2020; Stevens & Thomas, 2012). Rädslan återspeglades även under sexuell aktivitet där kvinnorna var så rädda att de skulle drabbas av en ny infarkt att de undvek sin partner och riskerade att förstöra deras relation (Simeone et al., 2020). När kvinnorna vågade berätta om sina känslor och tankar till sina anhöriga, uppskattade de verkligen att bli lyssnad på. Det resulterade i att kvinnorna insåg att det inte är fel att be sina anhöriga om hjälp, vilken var en stor personlig förändring i vardagslivet för många (Wieslander et al., 2016). Wieslander et al. (2016) beskrev vikten av den sociala dimensionen som handlar om kvinnornas relationer till familj, vänner samt kontakten med sjukvården. Dimensionen lyfte vikten av hur stor roll stödet från familj och vänner spelade in för deras rehabilitering.

Stevens och Thomas (2012) beskriver att det uppstod existentiella frågor där kvinnorna reflekterade över varför just de hade blivit drabbade, vilket ledde till en ilska, ledsamhet och i vissa fall depression. På grund av rädslan kände kvinnorna sig begränsade och att livet kretsade kring hälsoproblematik, mediciner, minskad arbetstid och att vara beroende av andra (Stevens &

Thomas, 2012). Wieslander et al. (2016) lyfte beteendedimensionen, vilket innebär hur kvinnorna tog ställning kring sin livsstil och nya intressen i sina liv. Dimensionen inkluderade att återuppta intressen som hade varit viktiga för kvinnorna innan hjärtinfarkten, men även att de var öppna för nya aktiviteter i vardagen. I rehabiliteringsprocessen var det viktigt för vissa kvinnor att återgå till sina gamla jobb, medan andra kvinnor upptäckte nya intressen som att sjunga i kör, läsa böcker, lösa korsord och lära sig att sy (Wieslander et al., 2016).

Wieslander et al. (2016) menade att den psykologiska dimensionen fokuserade på kvinnornas inre styrka och deras ändrade tankesätt relaterat till deras egna liv. Innan hjärtinfarkten berättade flera kvinnor att de hade varit personen som eftersträfvade att alla runt omkring dem mår bra, medan efter hjärtinfarkten tillät de sig själva att tänka på sitt eget välmående och behov. De lärde sig att säga nej oftare och prioriterade val som var viktiga för dem, bland annat livsstilsändringar som förbättrad kost och att sluta röka. Kvinnorna valde att fokusera på vilka möjligheter de hade framför begränsningar (Wieslander et al., 2016).

Sjukvårdens betydelse i rehabiliteringsprocessen

Kvinnorna upplevde bristande information av sjukvården i rehabiliteringsprocessen gällande psykosociala aspekter (Simeone et al., 2020; Stevens & Thomas, 2012) och sexuell aktivitet (Simeone et al., 2020). Stevens och Thomas (2012) förklarade att vissa kvinnor upplevde att de inte fick tillräckligt med information av vårdpersonalen och att informationen som gavs var väldigt allmän. De hade fått som råd att göra livsstilsförändringar som att börja utföra fysiska aktiviteter, men de fick inte information om hur de skulle gå tillväga. I samband med deras rädsla för att överanstränga hjärtat, blev det en stor osäkerhet när kvinnorna kom hem från sjukhuset (Stevens & Thomas, 2012).

Många kvinnor lyfte även svårigheten att ställa frågan om samlag med sjukvårdspersonalen, för att det relaterades till skam. Istället läste kvinnorna på internet för att få tillgång till informationen (Simeone et al., 2020). Ett alternativ för att få en bättre rehabiliteringsprocess ansåg kvinnorna skulle vara utbildning, där personliga frågor kunde ställas och psykosociala aspekter diskuteras (Stevens & Thomas, 2012). Wieslander et al. (2016) beskrev att vissa

kvinnor fick uppföljning genom Cardiac Rehabilitation Program (CRP). CRP var ett erbjudande kvinnorna kunde använda sig av som stöd i sin rehabiliteringsprocess. CRP bestod av ett vårdteam som hade en kontinuerlig kontakt med kvinnorna där kvinnorna upplevde att de blev tagna på allvar där deras frågor och oro besvarades med respekt. Flera partners till kvinnorna deltog också i CRP för att få en ökad kunskap om hur en hjärtinfarkt kunde ha påverkat kvinnornas känslor. Kvinnorna fick även kontakt med andra kvinnor som hade gått igenom samma situation där tankar och upplevelser delades, vilket gav en känsla om att de inte var ensamma om upplevelsen av att insjukna i en hjärtinfarkt. Kontakten med sjukvården, och dess tillgänglighet, gav en stor trygghet för samtliga kvinnor vilket underlättade rehabiliteringsprocessen (Wieslander et al., 2016).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Den aktuella studien följer designen icke systematisk litteraturstudie där fördelen är att kunna presentera olika aspekter som spelar in på den aktuella studiens syfte, vilket skapar en bred förståelse av befintlig forskning kring ämnet (Friberg, 2017a). Kvaliteten av en studie kan påverkas av begreppet överförbarhet. Det beskriver huruvida resultaten som framkommer i kvalitativa studier kan generaliseras, samt appliceras i andra kontexter än vad den utvalda studien har utgått ifrån. Generellt kan inte kvalitativa studier överföras till populationer, vilket påverkar studiens kvalitet av överförbarhet. Överförbarheten kan dock styrkas genom att resultatet kan appliceras till motsvarande patientgrupper (Polit & Beck, 2021). Aktuell litteraturstudie har analyserat artiklar från USA, Italien, Sverige, Danmark, Irland och England och är specifikt inriktad mot kvinnor i alla åldrar som har fått en hjärtinfarkt, därmed kan resultatet från föreliggande studie anses överförbart till kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt och sjukvården i västvärlden.

I sökningen i CINAHL användes ämnesord som kombinerades med synonymer i fritext för att få en bredare sökning. Karlsson (2017) beskriver att det är fördelaktigt att börja med en bred sökning för att därefter specificera sökningen. Däremot beskriver SBU (2017) en nackdel med en

för bred litteratursökning där inte alla träffar kommer att vara lika relevanta för den aktuella studiens syfte (SBU, 2017). Det är därmed viktigt att det finns en balans mellan antalet träffar och relevanta artiklar (Karlsson, 2017). För att specificera och förtydliga sökningen i föreliggande litteraturstudie och vara säkra på att sökträffarna enbart skulle beskriva kvinnors upplevelser, tillämpades den booleska operatören “NOT” med sökordet “Male” i CINAHL. Utan söktermen “NOT” framkom flera artiklar som inkluderade både kvinnors och mäns perspektiv. I PubMed gjordes sökningen bara i fritext och inkluderade inte MESH-termer, vilket kan ha gett för generella artiklar och därmed påverkat den aktuella studiens resultat. Däremot ger det en bredare sökning som kan bidra med inkludering av flertalet relevanta artiklar. Användning av MESH-termer skulle kunna ha gjort sökningen för specifik och att aktuella artiklar filterats bort av den anledningen.

Polit och Beck (2021) menar att studiens kvalitet påverkas av studiens tillförlitlighet och verifierbarhet. Begreppet tillförlitlighet berör sanningsgraden i insamlad data och hur väl tolkningen av gällande data presenteras. Verifierbarhet visar eftersträvan av objektivitet genom att datainsamlingen grundas i den informationen deltagarna i de ingående studierna ger, framför författarnas egna tolkningar (Polit & Beck, 2021). Samtliga artiklar sammanställdes där resultatet i den aktuella studien lyfte artiklarnas fynd. Genom att ha ett objektiva perspektiv samt att innehållet diskuterades gemensamt, minskade det risken för egen tolkning av ämnet, vilket styrker den aktuella studiens tillförlitlighet samt verifierbarhet.

Kvalitetsgranskningen utfördes efter SBU:s granskningsmall för kvalitativa metoder (SBU, 2020). I studiens resultat inkluderades elva artiklar varav sju ansågs ha hög kvalitet och fyra medelhög kvalitet, vilket anses vara en styrka av kvaliteten i den aktuella studien. En artikel från CINAHL exkluderades efter granskning på grund av för låg kvalitet, samt en artikel från PubMed exkluderades på grund av att artikeln innehöll både kvalitativt och kvantitativt perspektiv. Det skapade svårigheter att korrekt kvalitetsgranska samt inkludera den kvantitativa aspekten likvärdigt i studiens analys i förhållande till de utvalda kvalitativa artiklarna. En felkälla

i den aktuella litteraturstudien kan vara att granskningsprocessen är en subjektiv upplevelse, varav utfallet hade kunnat vara annorlunda om någon annan hade gjort kvalitetsbedömningen.

Diskussion av framtaget resultatet

Den aktuella litteraturstudien har undersökt kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. Sammanställningen av befintlig evidens visade på att kvinnorna dröjde med att söka vård och förminskade symtomen på grund av kunskapsbrist, men även att sjukvårdens bemötande var bristfälligt när de kom i kontakt med sjukvården. Livet efter insjuknandet påverkades även av hur väl sjukvården följde upp kvinnorna. Resultatet från aktuell litteraturstudie resulterade i tre huvudfynd: *Kunskapsbrist, Känslan av att inte bli tagen på allvar och Rehabiliteringsprocessen.*

Kunskapsbrist

Litteraturstudiens framtagna resultat visade att det fanns en stor kunskapsbrist hos kvinnor gällande insjuknande och atypiska symtom på hjärtinfarkt (Arslanian-Engoren & Scott, 2017; Herning et al., 2011; Jackson & McCulloch, 2014; Ruston & Clayton, 2017; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Smith et al. 2018). Det framkom också i ett flertal andra studier att kvinnorna trodde att hjärtinfarkt enbart förekom med de klassiska symtomen (Kalman et al., 2013; Koning et al., 2016; O'Keefe-McCarthy, 2008), vilket ledde till att kvinnorna förminskade sina symtom då de presenterades som diffusa. Det kan vara förklaringen på varför situationen inte upplevdes alarmerande (Koning et al., 2016; O'Keefe-McCarthy, 2008; Rosenfeld et al., 2005). Dessa förhållningssätt fördröjde kvinnornas sökande av vård, vilket var en effekt av deras kunskapsbrist om atypiska symtom (Koning et al., 2016). Om kvinnorna hade haft adekvat kunskap om atypiska symtom kunde tiden för vårdbeslutet förkortas och behandling ges i tid (Rosenfeld et al., 2005).

Detta förstärker vikten av att kvinnorna behövde erhålla mer kunskap genom utbildning om hjärtinfarkt (Koning et al. 2016; Rosenfeld et al., 2005; Vaccarino et al., 2000), vilket även framkom i aktuell litteraturstudie som synliggjorde vikten av hur kunskap genom erfarenhet eller utbildning kan uppmärksamma kvinnorna på sina atypiska symtom (Jackson & McCulloch,

2014). Vidare menar även Koning et al. (2016) att det krävs könsspecifik utbildning om atypiska symtom av hjärtinfarkt, vilket en annan studie av Vaccarino et al. (2000) menar kan leda till en ökad förståelse kring hjärtinfarkt och när de är i behov av vård. Effekterna av tillämpning av utbildning för kvinnorna undersöktes också av Kalman et al. (2013), där resultatet visade en signifikant skillnad av igenkännande av orsaker, riskfaktorer och symtom av hjärtinfarkt.

Aktuell litteraturstudie visade att det fanns mycket evidensbaserad vård om atypiska symtom bland kvinnor (Arslanian-Engoren & Scott, 2017; Blakeman et al., 2020; O'Keefe-McCarthy, 2008; Ruston & Clayton, 2017; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Trots befintlig forskning inom ämnet påpekar Arslanian-Engoren och Scott (2016) att sjukvården ändå brister med att tillämpa denna kunskap i verksamheten. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) krävs rätt kunskap samt att vården ska arbeta evidensbaserat och tillämpa kunskapen i den kliniska verksamheten, för att kunna upprätthålla patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016; Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Konsekvenserna av att kunskapen inte appliceras i sjukvården kan leda till att kvinnorna riskerar att inte få livsviktig vård, vilket kan resultera i att deras chanser för överlevnad reduceras (Arslanian-Engoren & Scott, 2016).

Känslan av att inte bli tagen på allvar

Kvinnorna som drabbades av hjärtinfarkt ansåg att när de beslutade att faktiskt söka vård, togs de inte på allvar av sjukvårdspersonalen, enligt aktuell litteraturstudie (Gyberg et al., 2016; Ruston & Clayton, 2017; Stevens & Thomas, 2012). Liknande resultatet framkom även i en annan studie som lyfte att kvinnorna upplevde vissa barriärer när de sökte vård, där en anledning var att kvinnorna upplevde vårdpersonalen som stressade och att de inte hade tid för att undersöka dem ordentligt (Arslanian-Engoren & Scott, 2016). Arslanian-Engoren och Scott (2016) beskriver vidare att kvinnorna även uppfattade att sjukvården hade förutfattade meningar gällande symtomen på hjärtinfarkt. Det berodde dels på kvinnornas unga ålder, men framförallt deras kön. Kvinnorna upplevde att de fick försöka övertyga vårdpersonalen om att deras symtom var på allvar.

I en studie av McSweeney (2005) beskrevs ett exempel när en man kom in till sjukhuset med bröstsmärtor där det togs ett EKG direkt, medan när en kvinna kom in med liknande symtom gjordes inga direkta åtgärder och sjukvården förklarade att tillståndet berodde på ångest (McSweeney, 2005). Detta är ett tydligt exempel på hur vårdkvaliteten kan skilja sig åt mellan könen, vilket även framkom i föreliggande studie där sjukvården bagatelliserade vissa kvinnors symtom ledde till att kvinnorna blev feldiagnostiserade (Stevens & Thomas, 2012). Vårdkvaliteten redovisas även av Socialstyrelsen (2019) som betonar vikten av att vården ska bedrivas jämlikt på allas lika villkor. Socialstyrelsen (2015) förklarar att genom ett bra samtal kan vårdpersonalen och patienten förstå varandra bättre. Det krävs en delaktighet och att bedömningen sker utifrån symtom och inte personens identitet (Socialstyrelsen, 2015).

McSweeney (2005) beskrev vidare att när kvinnorna inte blev tagna på allvar kunde sjukvårdens bemötande leda till att kvinnorna började tvivla på sig själva. Sjukvårdspersonalen kommenterade även att kvinnornas besvär inte var något allvarligt, vilket förstärkte kvinnornas misstro (McSweeney, 2005). Tidigare erfarenheter kan förstärka lidandet och även påverka framtidens förhållningssätt (Travelbee, 2010) som kan fördröja vårdbeslutet, vilket framkom i aktuell litteraturstudie (Gyberg et al., 2016). Kristensson Ugglå (2020) belyser även en viktig aspekt där patienten från början har ett kognitivt underläge i jämförelse med sjukvården då de har mindre kunskap inom området och är i en okänd miljö. Kunskapsbristen kvinnorna har om atypiska symtom förstärker även möjligtvis underläget.

Sjukvården ska arbeta mot en personcentrerad vård, där personens berättelse, upplevelser och behov är i fokus (Svensk sjuksköterskeförening, 2019; Forsberg, 2016). Däremot hävdar Arslanian-Engoren och Scott (2016) att den personcentrerade vården brister vid bemötandet av kvinnor som har insjuknat i hjärtinfarkt. Om kvinnorna blir bemötta av sjukvården på ett sätt där deras subjektiva känsla inte tas hänsyn till menar Travelbee (2010) att den erfarenheten kan förstärka deras lidande. En konsekvens av utvecklingen av den moderna vården är att personens subjektiva känsla glöms bort bakom all diagnostik och behandling (Forsberg, 2016; Kristensson Ugglå, 2020), vilket inte uppfyller kravet om personcentrerad vård (Svensk

sjuksköterskeförening, 2019). För att upprätthålla maktbalansen mellan sjukvården och patienten krävs det att patienternas subjektiva känsla om sin sjukdomsbild främjas och tas på allvar (Forsberg, 2016). Även om det finns bristande kunskaper om kvinnors atypiska symtom vid hjärtinfarkt, ska vården enligt Forsberg (2016), bedrivas genom att patienten blir sedd, hörd och tagen på allvar. De kvinnor som återvände till akuten med mer klassiska symtom upplevde däremot att de blev mer tagna på allvar samt att de upplevde en lättnad när de äntligen fick en diagnos (McSweeney, 2005).

Rehabiliteringsprocessen

Framtaget resultat från aktuell litteraturstudie har visat positiva effekter där sjukvården har kontinuerlig uppföljning med adekvat information och stöd till kvinnor som har drabbats av hjärtinfarkt. Ett praktiskt exempel är tillämpningen av CRP i eftervården där kvinnorna fick hjälp att anpassa sig till sin nya situation samt stöd i rehabiliteringen (Wieslander et al. 2016).

Travelbee (2010) lyfter vikten av att personen lär sig hantera sin sjukdom samt att sjukvården följer upp patienterna efter insjuknandet.

Liknande resultat beskrevs i en annan studie av Strömbäck et al. (2019) där vissa kvinnor upplevde det betydelsefullt att ha en annan person att vända sig till som de kunde lita på, dock inte en anhörig då de inte ville belasta dem. Travelbee (2010) hävdar dock att det är omöjligt att en annan person kan få full förståelse kring andra människors sjukdom. Ibland kan personer behöva prata ut för att diskutera meningen av insjuknandet, och då kan det räcka med att ha en annan person som lyssnar. Vid en förändrad livssituation är det viktigt att bibehålla hoppet, för då kan personen känna valmöjligheter i en svår situation, vilket ger en frihetskänsla och mod att överskrida sin rädsla och sitt lidande (Travelbee, 2010). Dock hävdade Petricek et al. (2015) att personer som har drabbats av en hjärtinfarkt måste på egen hand bearbeta den mentala processen för att kunna upprätthålla hoppfullhet och optimism. Det gav personerna en positiv inverkan på deras psykiska välmående (Petricek et al., 2015).

En studie av Haines et al. (2021) lyfte en annan viktig faktor i rehabiliteringsprocessen där beslutsamheten och att ha en vilja att utmana sig framåt är särskilt viktig när situationen upplevs som tuff. Det var viktigt att personen får information om att deras reaktion på krisen är normal och att alla personer som drabbas av en svår händelse går igenom krisens fyra faser. Det är nödvändigt för att personen ska kunna acceptera sin nya livssituation (Cullberg, 2006). Faktorer som sociala nätverk och anpassning till det nya livet var avgörande för de psykosociala faktorerna efter insjuknandet (Haines et al., 2021). Liknande resultat framkom i en annan studie av Sjöström-Strand et al. (2011) som lyfte att kvinnorna ville ha en längre samt en kontinuerlig uppföljningstid på mer än ett år. Kvinnorna önskade stöd i hanteringen av förändringar som krävdes i vardagen som hälsokomplikationer, livsstilsförändringar och sin rädsla för att kunna gå vidare i livet (Sjöström-Strand et al., 2011), vilket även Stevens och Thomas (2012) påpekade från aktuell litteraturstudie. Travelbee (2010) underbygger samma problem där personerna kan uppleva en rädsla av att inte klara av nya påfrestningar i livet. Det ingår i sjuksköterskans profession att hjälpa personerna att kunna hantera rädslan (Travelbee, 2010), vilket kräver en god uppföljning av vården efter insjuknande av ett hjärtinfarkt enligt aktuell litteraturstudie (Wieslander et al., 2016). Vidare problematik i förhållande till detta framkom i studien av Sjöström-Strand et al. (2011) som visade att rehabiliteringsprogrammet hade en begränsad tillgång beroende på var kvinnorna bodde (Sjöström-Strand et al., 2011). Liknande problem gällande sjukvårdens tillgänglighet beskrev även Haines et al. (2021) som menar att det krävs ett psykosocialt stöd från sjukvården, men att det fanns svårigheter att bibehålla god kontakt med patienten mellan olika vårdenheter. Det fanns en kommunikationsbrist och en förväntan om uppföljning från patienten som inte upprätthålls från sjukvården (Haines et al., 2021).

I motsättning till kvinnornas positiva upplevelser visade den aktuella studiens resultat att vissa kvinnor upplevde negativa upplevelser när de inte fick lika tät uppföljning från sjukvården. Kvinnorna upplevde negativa psykosociala faktorer som ångest, stress och rädsla (Simeone et al. 2020; Stevens & Thomas, 2012). Det framkom i en annan studie (Sjöström-Strand et al., 2011) att upplevelsen av att drabbas av en hjärtinfarkt hade en stor påverkan på livet där flera kvinnor

flera år efteråt fortfarande kände en rädsla för att drabbas av en ny infarkt. Liknande resultat framkom även i studien av Petricek et al. (2015) att en rädsla uppstod när personerna inte visste vad som hände fysiskt med deras kroppar under en hjärtinfarkt. En stor oro inför framtiden uppstod bland kvinnorna, både i förhållande till sig själva och deras familjer (Petricek et al., 2015).

Slutsats och kliniska implikationer

Framtaget resultat i aktuell studie har undersökt kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. Kvinnorna upplevde att inte förstå sina egna symtom och att de inte blev tagna på allvar av sjukvården. Flera kvinnor kände även ett behov av kontinuerlig uppföljning av sjukvården. Studiens slutsats visar att det behövs en ökad kunskap kring atypiska symtom vid hjärtinfarkt, både för kvinnorna i samhället och sjukvårdspersonal i den kliniska verksamheten.

Genom att utbilda sjukvårdsvårdspersonal kan kvinnorna få möjlighet till att motta livsviktig behandling i tid, vilket kan reducera mortaliteten. Den evidensbaserade kunskapen om atypiska symtom bland kvinnor skulle behöva impliceras redan i grundutbildningar för samtlig vårdpersonal. Det bidrar till att framtidens vårdpersonal är beredda på att bemöta och ge korrekt vård. Information om symtomen för hjärtinfarkt bör spridas till alla i samhället. Det kan ske genom att vårdpersonal föreläser om ämnet för allmänheten eller att kunskapen sprids genom media för att öka medvetenheten kring atypiska symtom på hjärtinfarkt hos kvinnor. Genom att kvinnorna främst utbildas kan det bidra till att de söker vård tidigare. Kontinuerlig kontakt med sjukvården efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt har visat sig ge en bättre psykosocial hälsa och ökad livskvalitet, vilket är en viktig del att sjukvården prioriterar och använder sina resurser till.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författarna har medverkat lika mycket under hela processen som inkluderade sökning, granskning och analys av artiklarna. Genom gemensamma diskussioner av samtliga artiklar utformades resultatet till den aktuella studien. Författarna har bidragit lika mycket till sammanställningen av den slutliga versionen av kandidatuppsatsen.

Referenser

Adamson, A., Duvå, J., Åström, L., & Grönlund, E. *Vårdprogram för hjärtsjukdom*. (17 januari 2017).

<https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/25706/V%C3%A5rdprogram%20f%C3%B6r%20Hj%C3%A4rtsjukv%C3%A5rd.pdf?a=false&guest=true>

Arslanian-Engoren, C., & Scott, L.D. (2016). *Heart & Lung*. 2016;45(3):166-172.

doi:10.1016/j.hrtlng.2016.02.010

*Arslanian-Engoren, C., & Scott, L. D. (2017). Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(5), 298–303.

<https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000260>

Barous, T., & Oji, O. (2019). Acute Myocardial Infarction in Women. *CINAHL Nursing Guide*.

*Blakeman, J. R., Woith, W. M., Astroth, K. S., Jenkins, S. H., & Stapleton, S. J. (2020). A qualitative exploration of prodromal myocardial infarction fatigue experienced by women.

Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 29(19/20), 3882–3895.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15432>

Canto, JG., Kiefe, CI., Rogers, WJ., Peterson, ED., Frederick, PD., French, WJ., Gibson, CM., Pollack, CV Jr., Ornato, JP., Zalenski, RJ., Penney, J., Tiefenbrunn, AJ. & Greenland P, (2011).

Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 306(19), 2120–2127.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1001/jama.2011.1654>

Chen, W., Woods, SL., Wilkie, DJ., & Puntillo, KA. (2005). Gender differences in symptom experiences of patients with acute coronary syndromes. *Journal of Pain & Symptom Management*,

30(6), 553–562. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.004>

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. (5. omarb. och utök. utg.). Natur och kultur.

Etikprövningslagen (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Folkhälsomyndigheten. (25 november 2020). *Fysisk aktivitet - rekommendationer*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet--rekommendationer/>

Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: Att utvecklas och ta ansvar*. Natur och Kultur.

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 141-151). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 129-138). Studentlitteratur.

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>

*Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K. (2016). Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 670–677. <https://doi.org/10.1111/scs.12286>

Haines, K. J., Hibbert, E., Leggett, N., Boehm, L. M., Hall, T., Bakhru, R. N., Bastin, A. J., Butcher, B. W., Eaton, T. L., Harris, W., Hope, A. A., Jackson, J., Johnson, A., Kloos, J. A., Korzick, K. A., Mactavish, P., Meyer, J., Montgomery-Yates, A., Quasim, T., & Slack, A. (2021). *Transitions of Care After Critical Illness-Challenges to Recovery and Adaptive Problem Solving*.

Critical Care Medicine, 49(11), 1923–1931.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/CCM.0000000000005095>

*Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B., & Lindhardt, T. (2011). Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 241–247.

<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.10.002>

Holder, G. N., Young, W. C., Nadarajah, S. R., & Berger, A. M. (2015). Psychosocial experiences in the context of life-threatening illness: the cardiac rehabilitation patient. *Palliative & Supportive Care*, 13(3), 749–756. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000583>

*Jackson, M. N. G., & McCulloch, B. J. (2014). “Heart attack” symptoms and decision-making: the case of older rural women. *Rural & Remote Health*, 14(2), 1–13.

Jansson, M., Kongstad, P. & Olofsson, A. (2018). *Vårdprogram PHAVIS - prehospital hjärt akutsjukvård i Skåne*.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/phavis--final-27-apr-18.pdf>

Kalman, M., Stewart Fahs, PS., Wells, M., Blumkin, A., Pribulick, M., Rolland, R. Education to Increase Women's Knowledge of Female Myocardial Infarction symptoms. *Journal of the New York State Nurses Association*. 2013;43(2):11-16. Accessed December 22, 2021.

<https://search-ebshost-com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=107962458&site=ehost-live>

Karlsson, E. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 81-96). Studentlitteratur.

Kaul, P., Armstrong, P. W., Sookram, S., Leung, B. K., Brass, N., & Welsh, R. C. (2011). Temporal trends in patient and treatment delay among men and women presenting with ST-elevation myocardial infarction. *American Heart Journal*, *161*(1), 91–97.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ahj.2010.09.016>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Koning, C., Young, L., & Bruce, A. (2016). Mind the Gap: Women and Acute Myocardial infarctions--An integrated review of literature. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, *26*(3), 8–14.

McSweeney, J.C., Lefler, L. L., & Crowder, B. F. (2005). What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Progress in Cardiovascular Nursing*, *20*(2), 48–57. <https://doi.org/10.1111/j.0889-7204.2005.04447.x>

O'Keefe-McCarthy, S. (2008). Women's experiences of cardiac pain: a review of the literature. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, *18*(3), 18–25. PMID: 18727283

Patientlagen (SFS 2014:821). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Petricek, G., Buljan, J., Prljevic, G., Owens, P., Vrcic-Keglevic, M., Petriček, G., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. (2015). Facing the diagnosis of myocardial infarction: a qualitative study. *European Journal of General Practice*, *21*(1), 19–25.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/13814788.2014.907269>

Polit, F. D., & Beck, T. C. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.

Ringberg, C. K. (2019). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 115-142). Studentlitteratur.

Rosenfeld, A. G., Lindauer, A. & Darney, B. G. (2005). Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care*, 14(4), 285–293.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4037/ajcc2005.14.4.285>

*Ruston, A. & Clayton, J. (2007). Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: the effect of co-occurring illness. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 321–328. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.04.002>

Rydberg, E., & Holst, M. (2016). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall & A. M Jansson (red.), *Omvårdnad & medicin* (4. uppl., s. 215-259). Studentlitteratur.

Segesten, K. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 119-217). Studentlitteratur.

*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 & Disability*, 38(3), 547–560.

<https://doi.org/10.1007/s11195-020-09627-2>

*Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. (2008). Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1003–1010.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.004>

Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459–466.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x>

*Smith, R., Frazer, K., Hyde, A., O'Connor, L., & Davidson, P. (2018). "Heart disease never entered my head": Women's understanding of coronary heart disease risk factors. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(21–22), 3953–3967.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14589>

Socialstyrelsen. (1 januari 2015). *Att mötas i hälso-och sjukvård - Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (1 september 2020a). *Levnadsvanors betydelse för lindring av klimakteriebesvär*.
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvardering-ar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-klimakteriet/>

Socialstyrelsen. (juni 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. (9 december 2020b). *Statistik om hjärtinfarkter 2019*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-12-7060.pdf>

Socialstyrelsen (2015). Sveriges officiella statistik. Hjärtinfarkter 1994-2014: Myocardial infarctions in Sweden 1994-2014.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2015-11-1.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (15 oktober 2020). *Bedömning av metodologiska studier med kvalitativ metodik*.

<https://www.sbu.se/contentassets/886fcb546f7f4b3b8ba3d1bdce9367d3/bilaga-2-granskningsmal-lar.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2017). *Litteratursökning*.

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.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>

Strömbäck, U., Engström, Å., & Wälivaara, B. M. (2019). Realising the seriousness – The experience of suffering a second myocardial infarction: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 51, 1–6. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.iccn.2018.12.002>

Svensk sjuksköterskeförening. (Februari 2019). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*.

<https://www.swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261527c/1605099441081/Evidensbaserad%20v%C3%A5rd%20och%20omv%C3%A5rdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning. Hälsoinformatik för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom hälsoinformatik*.

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231b65/1584085853894/kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20h%C3%A4lsoinformatik.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Personcentrerad vård - en kärnkompetens för god och säker vård*.

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*.
<https://www.swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd964/1584345995743/s%C3%A4ker%20v%C3%A5rd%202016.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Teamarbete & förbättringsarbete - två kärnkompetenser för en god och säker vård*.
<https://www.swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd8b0/1584345577416/Teamarbete%20och%20f%C3%B6rb%C3%A4ttringskunskap.pdf>

Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje* (A. Overgaard., & A. Schou, övers., 3. uppl.). Munksgaard. (Originalutgåvan publicerad 1966).

Vaccarino, V., Berkman, L. F. & Krumholz, H. M. (2000). Long-term outcome of myocardial infarction in women and men: a population perspective. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 965–973. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1093/aje/152.10.965>

Wachelder, E. M., Moolaert, V. R. M. P., van Heugten, C., Gorgels, T., Wade, D. T., & Verbunt, J. A. (2016). Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. *Resuscitation*, 109, 81–86. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.resuscitation.2016.09.025>

*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 & Well-Being*, 11, 1–N.PAG. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30633>

Wikström, J. (2018). *Akut sjukvård - omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada* (3 uppl). Studentlitteratur.

World Health Organisation. (17 maj 2017). *Cardiovascular disease (CVDs)*.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

World Medical Association. (9 juli 2018). *Wma declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

*Artiklar inkluderat i resultatet

Bilaga 1. Artikelmatris

Artiklens namn Författare Publiceringsår Land	Syfte	Metod & Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Artiklens namn: A qualitative exploration of prodromal myocardial infarction fatigue experienced by women</p> <p>Författare: Blakeman, J. R., Woith, W. M., Astroth, K. S., Jenkins, S. H., & Stapleton, S. J</p> <p>Publiceringsår: 2020</p> <p>Land: USA, Illinois</p>	<p>Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av att ha prodromal fatigue innan hjärtinfarkt</p>	<p>Kvalitativ undersökning med semistrukturerade intervjuer av 10 kvinnor. Analysen var induktiv</p>	<p>De flesta kvinnor beskrev fatigue som trötthet, förlust av energi, svaghet och kognitiv försämring. Kategoriserades i upplevelse av fatigue, intensitet och tid innan infarkt. Det presenterades även att fatiguen påverkade deras allmänna vardagsliv i stor grad.</p>	<p>HÖG</p>
<p>Artiklens namn: Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction</p> <p>Författare: Cynthia Arslanian-Engoren, C., & Scott D.L,</p> <p>Publiceringsår: 2017</p>	<p>Syftet var att beskriva orsaker till försening vid behandling av hjärtinfarkt hos kvinnor</p>	<p>Materialet analyserades med Krueger metod, transkripterades, och kategoriserades. 14 kvinnor inkluderades i studien, därav 4 kvinnor var vårdpersonal.</p>	<p>Resultatet visar till tre teman som orsakade förseningen: upplever inte symtomen som allvarliga, personliga/professionella skyldigheter och en nekan att åka med ambulans.</p>	<p>MEDEL</p>

Land: USA				
<p>Artiklens namn: Women's help-seeking behavior during a first acute myocardial infarction.</p> <p>Författare: Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K.</p> <p>Publiceringsår: 2016</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att identifiera kvinnors upplevelse av vad som påverkar deras beslut att söka vård</p>	<p>17 kvinnor intervjuades. Grounded theory användes som metod.</p>	<p>Studien visar på att kvinnorna inte känner igen deras symtom, eller inte ansåg att de var allvarliga nog. De ville inte heller vara en börda för anhöriga. När symtomen blir så pass allvarliga så vardagslivet påverkades så valde de att söka vård.</p>	MEDEL
<p>Artiklens namn: Women's experiences and behavior at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction.</p> <p>Författare: Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B., & Lindhardt, T.</p> <p>Publiceringsår: 2011</p> <p>Land: Danmark</p>	<p>Syftet var att undersöka hur kvinnors tankar, motivation och handlingar påverkade förseningen av att söka vård vid hjärtinfarkt i den akuta fasen.</p>	<p>Kvalitativ studie med fenomenologisk inriktning med djupintervjuer. 14 kvinnor med STEMI deltog i studien.</p>	<p>Resultatet delades in i tre huvudkategorier: Kunskap om symtom, beslutet av att kontakta sjukvården samt åtgärder efter symtomdebut. Tre faktorer belystes som avgörande: identifikation av symtom/tidigare kunskap, inflytelse av anhöriga samt att ha en plan för akuta situationer.</p>	HÖG
<p>Artiklens namn: Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women</p>	<p>Syftet är att undersöka äldre kvinnor från byarna och hur de identifierar symtom samt beslut om vård relaterad till hjärtinfarkt</p>	<p>Kvalitativ studie, snöbollsurval, induktiv analys, 33 kvinnor inkluderades</p>	<p>Kvinnorna hade svårt att identifiera att symtomen var relaterad till hjärtinfarkt när de inte hade någon tidigare erfarenhet eller kunskap. Många kvinnor feldiagnostiserade sig utifrån symtomen</p>	MEDEL

<p>Författare: Jackson, M. N. G., & McCulloch, B. J.</p> <p>Publiceringsår: 2014</p> <p>Land: USA</p>			<p>och ansåg tillståndet som ofarligt. Flera kvinnor ville inte störa sina anhöriga, samt tänkte att de bodde för långt bort för ambulansen vilket dröjde deras söken om vård.</p>	
<p>Artikels namn: Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: the effect of co-occurring illness.</p> <p>Författare: Ruston A, & Clayton J.</p> <p>Publiceringsår: 2017</p> <p>Land: England</p>	<p>Syftet är att undersöka betendet hos kvinnor när de tolkar sina hjärtsymtom hur det påverkar de att ta beslutet att söka medicinsk vård</p>	<p>44 kvinnor. Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer. Materialet transkriberades och delades sedan in i kategorier för att hitta likheter och skillnader</p>	<p>Kvinnornas beslut att söka vård grundades i deras tidigare erfarenheter och kunskaper kring symtomen. De har en kronisk hjärtsjukdom och kan därmed inte urskilja symtom, vilket resulterar i att de dröjer att söka vård.</p>	HÖG
<p>Artikels namn: Sexual Health After Acute Myocardial Infarction: The Lived Experience of Women During the First-Year Post Discharge.</p> <p>Författare: Simeone, S., Guillari, A., Pucciarelli, G., Stile, F., Gargiulo, G., Esposito, M., Alvaro, R., & Rea, T</p> <p>Publiceringsår: 2020</p> <p>Land: Italien</p>	<p>Syftet var att få en förståelse av hur kvinnor upplever sitt sexliv 1 år efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ undersökning med fenomenologisk design. Intervjuer av 12 kvinnor</p>	<p>Kvinnorna upplevde en stress och rädsla, vilket påverkar sexlivet och därmed deras relationer. Informationsbrist kring återhämtning belystes även.</p>	HÖG

<p>Artiklens namn: Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: a qualitative study.</p> <p>Författare: Sjöström-Strand A, & Fridlund B</p> <p>Publiceringsår: 2008</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Studiens syftet var att beskriva kvinnors symtom av hjärtinfarkt samt identifiera varför de dröjer med att söka vård.</p>	<p>19 kvinnor intervjuades på sjukhuset 2-3 dagar efter infarkten. Studien har en explorativ design och analyserades genom både manifest och latent innehållsanalys.</p>	<p>Studien visar på att kvinnor dröjer med att söka vård för att de tror att symtomen ska gå över eller att de inte upplever de så allvarliga, De även ett ansvar att ta hand om sina anhöriga. Kvinnorna hade även svårt att ta den slutliga beslutningen om att de behövde söka vård. Beskrivande av hur kvinnorna uppfattade sin vård.</p>	<p>HÖG</p>
<p>Artiklens namn: Heart disease never entered my head?: Women's understanding of coronary heart disease risk factors</p> <p>Författare: Smith, R., Frazer, K., Hyde, A., O'Connor, L., & Davidson, P</p> <p>Publiceringsår: 2018</p> <p>Land: Irland</p>	<p>Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse av instabil angina samt NSTEMI och hur de tolkade sin risk för sjukdom och hur det påverkade deras sökande av vård för behandling.</p>	<p>Kvalitativ studie, fallstudie design med semistrukturerade intervjuer. 30 engelsktalande kvinnor intervjuades.</p>	<p>Kvinnorna hade en begränsad förståelse för riskfaktorerna och symtomen till hjärtsjukdom. Flera av deltagarna hade hjärtsjukdom i familjen, samt rökte fast men ansåg sig själv ändå som låg-risk.</p>	<p>MEDEL</p>
<p>Artiklens namn: Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction.</p> <p>Författare: Stevens, S., & Thomas, S</p>	<p>Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt, efter hemkomst.</p>	<p>Existentiell fenomenologisk metod, 8 kvinnor i urvalet, fenomenologiska intervjuer, hermeneutisk analys</p>	<p>Beskriver hur kvinnorna upplevde efter en hjärtinfarkt, båda somatiska symtom men även psykosociala aspekter efteråt. De fick inte tillräcklig uppföljning/information av sjukvården efteråt och levde med en ständig rädsla.</p>	<p>HÖG</p>

<p>Publiceringsår: 2012</p> <p>Land: USA</p>				
<p>Artiklens namn: Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care.</p> <p>Författare: Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B., & Svedberg, P.</p> <p>Publiceringsår: 2016</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelse av rehabiliteringsprocessen efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Explorativ design som analyserades genom en innehållsanalys. 28 kvinnor deltog i studien, från 10 olika sjukhus.</p>	<p>Beskriver hur kvinnorna får nya perspektiv på livet, ett ändrat mindset om sig själv och en inre styrka. De engagera sig i nya saker samt tar vara på sina relationer. Får mycket stöd genom CRN (cardiac rehabilitation nurses).</p>	<p>HÖG</p>