

**PATIENTERS UPPLEVELSER EFTER GENOMGÅNGEN
HJÄRTINFARKT MED FOKUS PÅ PSYKISK OHÄLSA**
En litteraturöversikt

**PATIENTS EXPERIENCES AFTER A MYOCARDIAL INFARCTION
WITH FOCUS ON MENTAL ILLNESS**
A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2023-04-03
Kurs: Ht-21

Författare:
Peter Sandström
Stina Persson

Handledare:
Christine Gustafsson

Examinator:
Maria Wahlström

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärtinfarkt är ett av de största hälsoproblem både i Sverige och globalt sett. Konsekvenserna som följer efter en hjärtinfarkt är många, såväl fysiska som psykiska. Det är inte ovanligt att en mängd psykiska påfrestningar uppstår i efterförloppet och kan förorsaka en krisreaktion och psykisk ohälsa som leder till ett lidande.

Syfte: Syftet var att belysa patienters upplevelser av en genomgången hjärtinfarkt med fokus på psykisk ohälsa.

Metod: En allmän litteraturoversikt med en tematisk analysmetod har genomförts. Studien innefattar endast vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod där 15 artiklar inkluderades via sökning i tre databaser och efter genomförd kvalitetsgranskning.

Resultat: Tre huvudteman med respektive två och tre underteman framkom efter genomförd dataanalys där det gestaltades ett genomgående resultat som påvisar och beskriver upplevelsen av psykisk ohälsa och krisreaktion efter en hjärtinfarkt. Orsaker till detta kunde vara att det skett en plötslig förändring i livet, att självbilden blivit hotad och det uppstod rädsla för återfall och att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Resultatet beskriver även patienternas väg tillbaka efter att chocken samt efterföljande reaktion och bearbetning av händelsen lagt sig, för att sedan gå in i en ny fas i livet.

Slutsats: En hjärtinfarkt sätter livet på sin spets. Den traumatiska upplevelsen som en hjärtinfarkt innebär kan starta en kris hos patienten som präglas av olika känslor av psykisk ohälsa. Patienter hanterar den psykiska ohälsan olika och behöver individuellt anpassad vård för att bemöta deras unika behov i krisen som hjärtinfarkten framkallat i deras liv.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, Kristeori, Personcentrerad omvårdnad, Psykisk ohälsa, Upplevelser

ABSTRACT

Background: Myocardial infarction is one of the leading causes of health problems in Sweden and globally. The consequences following a myocardial infarction are many, both physical and psychological. It is not uncommon that several psychological stresses occur in the aftermath and can cause a crisis reaction and mental illness leading to suffering.

Aim: The aim was to illuminate patients' experience of a myocardial infarction with a focus on mental illness.

Method: A general literature review with a thematic analysis method was conducted. The study includes only scientific articles with a qualitative method where 15 articles were included through searches in three databases and after a quality review.

Results: Three main themes with two and three subthemes, respectively, emerged after data analysis where a consistent result was formed that demonstrates and describes the experience of mental illness and crisis reaction after a myocardial infarction. Reasons for this could be that there was a sudden change in life, that the self-image was threatened and there was a fear of relapse and suffering a new myocardial infarction. The result also describes the patients' way back after the shock and subsequent reaction and processing of the event has subsided, to then enter a new phase of life.

Conclusion: A myocardial infarction puts life on its edge. The traumatic experience that a myocardial infarction entails can start a crisis in the patient which is characterized by various feelings of mental illness. Patients deal with mental illness differently and need individual tailored care to meet their unique needs in the crisis the myocardial infarction has brought on in their lives.

Keywords: Crisis theory, Depression, Experiences, Myocardial infarction, Person centered care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt	1
Psykisk ohälsa	2
Sjuksköterskans roll och personcentrerad omvårdnad.....	3
Teoretisk utgångspunkt: Cullbergs kristeori	4
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
RESULTAT	10
Livsomvälvande händelse	11
Ett hjärta som sviker.....	12
Försonas med sitt hjärta	13
DISKUSSION	14
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Slutsats.....	20
Klinisk tillämpbarhet.....	20
REFERENSER	21
Bilaga A - Sökmatrix	
Bilaga B - Klassificering och kvalitetsbedömningsunderlag	
Bilaga C - Artikelmatrix	

INLEDNING

En hjärtinfarkt kan vara en traumatisk upplevelse för den drabbade individen som påverkar kroppen både fysiskt och psykiskt. Psykisk ohälsa är överrepresenterade hos patienter som genomgått en hjärtinfarkt jämfört mot den generella populationen och kan bidra till lägre livskvalitet samt ökad mortalitet i efterförloppet. Dessvärre förblir psykisk ohälsa i denna patientgrupp många gånger oupptäckt och obehandlad. Genom att synliggöra problemet och öka förståelsen för patienters upplevelser av psykisk ohälsa efter genomgången hjärtinfarkt är förhoppningen att detta inte förbises.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

Ischemisk hjärtsjukdom som leder till hjärtinfarkt är en av de största utmaningarna för hälso- och sjukvården globalt då det är den främsta dödsorsaken (Ibanez et al., 2017). Även i Sverige är sjukdomen fortfarande den dominerande dödsorsaken trots en stadig minskning i antalet insjuknande de senaste årtiondena, som tros bero på allt effektivare akut och sekundärpreventiva behandlingar (Socialstyrelsen, 2018a). År 2020 drabbades cirka 22 200 personer av akut hjärtinfarkt, varav cirka 4 800 avled (Socialstyrelsen, 2021). Således överlever drygt 17 400 av dem som insjuknar vilka är i behov av fortsatt vård, behandling och rehabilitering.

En hjärtinfarkt inträffar när hjärtats myokardceller utsätts för ihållande och betydande ischemi som resulterar i cellnekros. Skadans utbredning påverkar efterförloppet som kan variera från mindre skador till livshotande händelser och plötslig död (Mendis et al., 2010; Socialstyrelsen, 2018a; Thygesen et al., 2018). Mestadels föreligger en aterosklerosrelaterad kranskärlssjukdom bakom den akuta hjärtinfarkten (Mendis et al., 2010). Ateroskleros kan beskrivas som en inflammatorisk process i artärers innersta lager och progression av sjukdomen leder till förträngning av kranskärlens lumen genom plackbildning (Ambrose & Singh, 2015). När ett plack inuti ett kranskärl rupturerar bildas en tromb som totalt eller delvis ockluderar kärlet vilket ger upphov till ischemi i den del av hjärtat som försörjs av det drabbade kärlet, en hjärtinfarkt har då inträffat (Ibanez et al., 2017; Socialstyrelsen, 2018a).

Utvecklingen av en hjärtinfarkt kan delas in i påverkningsbara och icke påverkningsbara riskfaktorer. En känd icke påverkningsbar riskfaktor är stigande biologisk ålder då endast fem procent av de drabbade är under 50 år. Även manligt kön ökar risken, dock jämnar skillnader mellan könen ut sig vid stigande ålder (Socialstyrelsen, 2021). Påverkningsbara riskfaktorer har identifierats till blodfetsrubbnings, hypertoni, rökning, kosthållning, övervikt, diabetes mellitus samt avsaknad av fysisk aktivitet (Yusuf et al., 2004). Även psykosocial stress har kunnat kopplas till ökad risk för att drabbas av hjärtinfarkt (Visseren et al., 2021). Undersökningar i Europa har visat att personer som drabbas av hjärtinfarkt ofta har en ohälsosam livsstil med modifierbara riskfaktorer (Piepoli et al., 2016).

Den akuta hjärtinfarkten ska skyndsamt behandlas för att minimera skador på hjärtat, obehandlat är tillståndet livshotande (Socialstyrelsen, 2018a). Behandling involverar ofta bland annat invasiv intervention i det akuta skedet samt farmakologisk och icke farmakologisk behandling i efterförloppet som ska individanpassas efter individuell riskprofil (Piepoli et al., 2016; Socialstyrelsen, 2018a). Det är således många och plötsliga förändringar patienterna eventuellt ska genomföra i sina liv vilket kan vara svårt att komma underfund med om man tidigare ansett sig som frisk. Förändringarna kan till exempel vara att äta hälsosammare, träna mera och sluta med tobaksprodukter (Dreyer et al., 2021a). Vårdprocessen för en patient från det akuta skedet till åtgärder och eftervård innebär en relativt kort vårdtid på sjukhuset (Ibanez, 2017). Flertalet undersökningar utförs, provtagningar tas och medicinering påbörjas. Under vårdtiden erhåller patienten fortlöpande information gällande exempelvis sjukdomsförlopp, medicinering, psykiska reaktioner samt om planerade återbesök till vården för vidare uppföljning och rehabilitering där sjuksköterskan har en central roll i att förmedla informationen korrekt (Goddard et al., 2015).

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp och är därmed svårdefinierat. Folkhälsomyndigheten (2019) beskriver det som ett paraplybegrepp för flera olika tillstånd med olika svårighetsgrader, allt emellan allvarliga psykiatriska sjukdomar till enstaka symtom såsom ångest, oro och depression med skiftande duration och intensitet. Gemensamt för alla former av psykisk ohälsa är lidandet det skapar, antingen för individen själv eller för omgivningen. Psykisk ohälsa är en normal reaktion på påfrestningar i livet som uppstår och hur man hanterar det beror på flera olika faktorer, såsom individens egenskaper, det sociala sammanhanget och vilken typ av psykisk ohälsa det handlar om (Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten & Sveriges kommuner och regioner, 2020). World Health Organization [WHO] (2021) presenterar data som visar att fem procent, cirka 280 miljoner människor, av den globala befolkningen beräknas lida av depression och det är därmed en stor bidragande faktor till den totala sjukdomsördan världen över. Fler kvinnor än män drabbas av depression och äldre vuxna är även mer drabbade (WHO, 2021). Studier visar att den psykiska ohälsan har ökat markant det senaste årtionden globalt sett vilket innebär att psykisk ohälsa är ett världsomspännande folkhälsoproblem som tyder på att depressiva tillstånd och psykisk ohälsa bör vara en global hälsoprioritering (Ferrari et al., 2013; Liu et al., 2020).

WHO (2021) menar att psykisk ohälsa, i form av depression kan drabba individer som varit med om ogynnsamma livshändelser såsom sjukdom och traumatiska händelser i livet. De menar vidare att det finns ett inbördes samband mellan den fysiska hälsan och den psykiska hälsan där man funnit att en hjärtinfarkt kan föranleda depressiva tillstånd hos en individ men även det omvända, att depressiva tillstånd kan leda till ökad risk för hjärtinfarkt (WHO, 2021). Džubur et al. (2022) menar att hjärtinfarkt och depressiva besvär har ett tydligt samband som leder till sänkt livskvalitet. Vidare påpekar de vikten av att utvärdera depressiva symtom inom sjukvården som en absolut prioritet och nödvändighet i samband med insjuknandet av en hjärtinfarkt (Džubur et al., 2022).

Psykosiska konsekvenser efter genomgången hjärtinfarkt

En hjärtinfarkt kan påtvinga den drabbade patienten en påfrestande livsomställning och i den akuta fasen upplever patienterna många gånger att de befinner sig i ett tillstånd av chock (Fridlund et al., 2012). Hjärtinfarkten utlöser ofta, tillsammans med fysiska reaktioner såsom bröstsmärta och andfåddhet, även en psykisk respons i form av ångest och oro som kan bidra till en upplevd existentiell kris (Ibanez et al., 2017; Jensen & Petersson, 2003; Nationella programområdet för hjärt- och kärlsjukdomar, 2021.) Patienter som drabbats av hjärtinfarkt uppvisar många gånger nedsatt livskvalitet i efterförloppet och jämfört med den generella populationen är det främst upplevelser av psykisk ohälsa och upplevda begränsningar i vardagliga aktiviteter som utmärker skillnaden (Schweikert et al., 2009).

Depression, nedstämdhet, ångest och oro ingår alla i paraplybegreppet psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2019) och det har visat sig vara allmänt utbrett hos patienter som genomgått en hjärtinfarkt (Abed et al., 2014; Feng et al., 2019; Thombs et al., 2006). Att drabbas av psykisk ohälsa efter genomgången hjärtinfarkt fördubblar risken till förtidig död och ökar risken för att recidiv av hjärtinfarkt (Meijer et al., 2011; Wen et al., 2021). Biologiskt kan det störa immunförsvaret, lipidprofilen samt koagulationsprocessen medan det beteendemässigt kan påverka motivationen till att göra hälsosamma livsstilsförändringar, rehabilitering samt följsamheten till läkemedelsordinationer (Abed et al., 2014) som alla är avgörande komponenter i behandlingen. Det har påvisats att rutinmässig screening av psykisk ohälsa samt initiering av adekvat behandling förbättrar den långsiktiga påföljden bland patienter som drabbats av hjärtinfarkt (Kim et al., 2020). Trots detta förblir psykisk ohälsa många gånger obehandlat hos dessa patienter (Socialstyrelsen, 2018b) och att det är en underskattad riskfaktor för att insjukna i en hjärtinfarkt (Nationella programområdet för hjärt- och kärlsjukdomar, 2021).

Sjuksköterskans roll och personcentrerad omvårdnad

I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) framgår det att sjuksköterskan har som uppdrag att bedriva ett systematiskt arbete i syfte att främja hälsa och lindra lidande. Omvårdnad är sjuksköterskans huvudkompetens (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) och består av fyra grundläggande ansvarsområden, att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande och främja en värdig död (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Omvårdnaden ska riktas mot patientens behov och upplevelser i både den fysiska och psykiska dimensionen. För att uppnå en god omvårdnad krävs att en förtroendefull relation skapas mellan patient och sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Genom att tillämpa personcentrerad omvårdnad där partnerskap mellan vårdgivare och vårdtagare samt patientberättelsen är i fokus kan en god relation skapas. Även patientens resurser i form av socialt nätverk, motivation och deras egna önskemål synliggörs och tillvaratas (Vårdprofessioner inom cardiologi [VIC], u.å.). En utmaning för sjuksköterskor kan vara att det ses allt kortare vårdtider för patienter som genomgått en hjärtinfarkt vilket medför risker att viktig information som ges inte blir tillräcklig samt att det kan uppstå obesvarade funderingar hos patienten vid utskrivning från sjukhuset (Fridlund et al., 2012).

Psykisk ohälsa bör uppmärksammas och tillgodoses inom vården i lika stor utsträckning som fysisk ohälsa då det ligger i sjuksköterskans uppdrag (Lundström et al., 2017). När

sjuksköterskor tillämpar det personcentrerade arbetssättet ger det en högre livskvalitet för individer som upplever psykisk ohälsa (Pinho et al., 2017). På liknande sätt förbättrar ett personcentrerat förhållningssätt patienters förmåga att ta vara på sina egna resurser (Fors et al., 2015). Den personcentrerade omvårdnaden bygger på ett förhållningssätt som syftar till att se helheten hos en individ som innebär att man inkluderar såväl dess existentiella, andliga, sociala och psykiska behov i lika stor omfattning som de fysiska behoven individen har. Den personcentrerade vården förutsätter att man aktivt involverar patienter som partners i deras vård under hela deras sjukhusvistelse och därefter. Centrala komponenter i den personcentrerade vården är just helhetsperspektivet på patientens situation och dess egen förståelse och upplevelse av situationen samt hens deltagande i beslutsfattanden (Ekman et al., 2011).

Teoretisk utgångspunkt: Cullbergs kristeri

Den teoretiska utgångspunkt som använts för att möjliggöra en fördjupad förståelse för en individ som utvecklat kris och psykisk ohälsa i samband med insjuknandet av en hjärtinfarkt är Cullbergs kristeri (Cullberg, 2006). Genom ökad kunskap om krisens inverkan på en individ vid sjukdom och svår händelse i livet möjliggörs en djupare och bredare förståelse av de psykiska aspekterna av att drabbas (Hedrenius & Johansson, 2013; Hugelius & Tapani, 2017). Det är av vikt att öka kunskap och förståelse kring dessa aspekter eftersom psykisk ohälsa är en underskattad riskfaktor för kranskärslsjukdom och fördubblar risken till för tidig död och återinsjuknande. (Socialstyrelsen, 2018b; Nationella programområdet för hjärt- och kärlsjukdomar, 2021; Meijer et al., 2011).

Enligt Cullberg (2006) betyder ordet kris egentligen ödesdiger rubbning, plötslig förändring eller avgörande vändning. Själva ordet kan i medicinskt språkbruk vara en term som används vid sjukdomsförlopp och allvarliga vändpunkter i sjukdomen. Cullberg (2006) menar att svåra och oväntade händelser såsom sjukdomsbesked, olyckor eller dödsfall kan leda till en kris och vara avgörande i livet. Vändpunkten i krisen kan ofta bana väg för utveckling och mognad men det kan även leda till lidande och psykisk invaliditet om rätt hjälp inte erhålls till den som drabbats. När en individ hamnar i ett tillstånd av kris innebär det även att denne befinner sig i en livssituation som kräver någon form av omställning i livet som kan vara en risk men även en möjlighet (Cullberg, 2006).

Ett psykiskt kristillstånd enligt Cullberg (2006) är de psykologiska reaktionsmönster som uppstår hos en individ vid akuta yttre eller inre svårigheter. Ett sådant här kristillstånd uppstår när individens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionsmönster inte är tillräckliga i situationen för att den ska kunna bemästras utan att ett betydande psykiskt lidande uppstår. Krisen delas sedan vidare upp i traumatiska kriser samt i utvecklings- eller livskriser (Cullberg, 2006). Hur en kris yttrar sig beror på flera olika faktorer såsom vilken den utlösande faktorn är, vilken inre och personlig betydelse händelsen har för individen, under vilken aktuell livsperiod krisen inträffar samt individens egna sociala förutsättningar. Oavsett kan krisen ge en negativ påverkan på individens självbild och identitet om denne inte tar sig vidare genom krisen och dess olika faser (Cullberg, 2006).

Ofta följer de flesta kriser ett visst förlopp där den traumatiska krisen kan delas upp i fyra faser enligt följande; Chockfasen, Reaktionsfasen, Bearbetningsfasen och Nyorienteringsfasen. Var och en av faserna har sina karakteristiska kännetecken men i

praktiken kan de gå omlott. Faserna behöver inte ses som en strikt modell som ska följas utan bör betraktas som ett hjälpredskap i orienteringen av krisförloppet (Cullberg, 2006).

Chockfasen

Fasen uppstår ögonblickligen från det att händelsen inträffar och varar vanligen upp till några dygn och under denna tid kan individen inte ta till sig vad som skett och försöker hålla verklighet ifrån sig då den upplevs som alldeles för smärtsam. Därför är det även svårt under denna fas att ta emot och förstå nödvändig information, såsom medicinsk information vilket är viktigt att ha i åtanke för de personer som ger medicinsk information och möter någon i chock. Det är inte heller ovanligt att information som ges till en individ under denna fas faller i glömska och att individen glömmet vad som skett i närtid kring händelsen, därför bör också information som ges alltid upprepas. En individ i chock kan förefalla för andra i omgivningen som lugn på ytan men individen kan uppleva ett inre kaos relaterat till chocken medan andra reagerar kraftigare och mer uttrycksfullt med skrik och gråt. I den akuta chockfasen kan medvetandet hos individen bli oklart och ett emotionellt avstånd kan uppstå som skyddar den drabbade individen genom distansering från den smärtsamma verkligheten (Cullberg, 2006).

Reaktionsfasen

Reaktionsfasen tillsammans med chockfasen utgör den akuta delen av krisen och pågår mellan fyra och sex veckor. När chocken släppt tar reaktionerna vid eftersom individen börjar förstå vad som skett och det inte längre går att blunda för när man väl börjat öppna upp sig inför verkligheten. Frågor som kan uppstå i samband med denna stora omställning har ofta anknytning till meningen med livet och varför man själv just blivit drabbad. Skuld känslor kan också förekomma under denna fas.

I detta skede aktiveras försvarsmekanismerna som ett skydd för att stegvis hjälpa individen och tona ner själva upplevelsen och medvetandet för det som upplevs som ett hot och fara för jaget. Detta kan emellertid även försvåra bearbetningen av det som skett eftersom det kan innebära att en individ använder sig av försvarsmekanismer såsom förnekelse, isolering, rationalisering, regression, bortträngning eller förstärkning av känslor. Andra reaktioner såsom känsla av övergivenhet, sorg, förtvivlan, vrede, meningslöshet, tomhet, kaos och desperata handlingar är alla olika symptom och upplevelser som kan uppstå i denna fas (Cullberg, 2006).

Bearbetningsfasen

Enligt Cullberg (2006) lämnas det akuta skedet av krisen när bearbetningsfasen tar vid och längden kan variera mellan ett halvt år upp till ett år från det att händelsen inträffade och är beroende på vilket typ av trauma som inträffat.

Vidare menar Cullberg (2006) att individen nu kan börja se framåt och lämna det som varit bakom sig och sakta återgå till en ny vardag från att i ett tidigare skede varit helt och hållet ockuperad av traumat.

I denna fas lär sig den drabbade hitta nya strategier för att ta sig igenom livet med sitt tillstånd, genom bearbetning och distans till det som skett avtar försvarsmekanismer som tidigare agerat som skydd och individen kan försonas med det som skett. Individen

kan nu närma sig händelsen på ett realistiskt sätt utan att drabbas av svåra smärtsamma känslor och en acceptans kan infinna sig att detta är något som kommer finnas med individen resten av livet, även tidigare eventuella skuld-känslor avtar och blir lättare att hantera. För de som inte lyckas bearbeta traumat inom rimlig tid kan det finnas behov av ytterligare stöd för att komma vidare (Cullberg, 2006).

Nyorienteringsfasen

Tidigare upplevelser som erfarits under krisens förlopp har nu integrerats i individens liv och är inget som ska glömmas bort eller undanträngas. Det som skett kan komma att få nya betydelser för resterande del av livet och förhoppningar inför framtiden träder fram. Det är inte heller ovanligt att individen bildar nya relationer och intressen under denna fas. Nyorienteringsfasen har inget egentligt avslut eftersom denna fas innebär att individen försonats med det som skett och lärt sig leva med det. Emellertid kan smärtsamma stunder uppstå när man blir påmind om det som skett eftersom traumat inte är något som glöms bort, det har satt sina spår och lämnat sina ärr i individen. Däremot behöver de inte utgöra hinder för individen inför sitt framtida liv (Cullberg, 2006).

Problemformulering

Det enskilt största folkhälsoproblemet i världen och den främsta dödsorsaken för både män och kvinnor är hjärt-kärlsjukdom. Mortaliteten har minskat de senaste decennierna och samtidigt effektiviserats vården vilket leder till allt kortare vårdtider för dessa patienter. Att drabbas av hjärtinfarkt ställer livet på sin spets och kan ge upphov till stora psykiska påfrestningar hos den drabbade individen som kan ge sig till känna lång tid efter det akuta förloppet när patienten lämnat sjukhuset. Psykisk ohälsa i efterförloppet leder till negativa konsekvenser gällande återhämtning och tillfrisknande. Forskning visar även att psykisk ohälsa i efterförloppet leder till en ökad mortalitetsrisk och det är underdiagnostiserat i denna patientgrupp. Därav har sjuksköterskan en viktig uppgift att kunna förstå, identifiera, vägleda och förmedla kunskap så den drabbade individen i kris ges möjlighet till det individuella stöd hen behöver. Det är ett komplext område eftersom faktorer som bidrar till utveckling av psykisk ohälsa skiljer sig från individ till individ och därför bör ämnet belysas ytterligare så att patienternas upplevelser av psykisk ohälsa efter genomgången hjärtinfarkt inte förbises.

SYFTE

Syftet var att belysa patienters upplevelser av en genomgången hjärtinfarkt med fokus på psykisk ohälsa.

METOD

Design

En allmän litteraturöversikt har genomförts för att svara på syftet. En litteraturöversikt används för att skapa en sammanställning av relevant vetenskaplig forskning som

fokuserar på och svarar mot en specifik frågeställning (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Friberg, 2017).

Urval

Genom att använda tydliga urvalskriterier ökar reproducerbarheten av litteraturöversikten samt ökar chanserna att finna relevanta artiklar om det studerade ämnet (Polit & Beck, 2021). Artiklar äldre än tio år bör inte användas till en uppdaterad litteraturöversikt, därav inkluderades endast artiklar som var publicerade mellan tidsramen 2012 och 2022 (Polit & Beck, 2021). Andra inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, ha ett forskningsetiskt godkännande, endast beröra vuxna individer över 18 år samt vara originalartiklar. Artiklarna skulle även vara kollegialt granskade eftersom det anses vara en styrka (Polit & Beck, 2021). Vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod användes som ett inklusionskriterie eftersom de fokuserar på upplevelser och förståelse av fenomen, till exempel psykisk ohälsa i samband med hjärtinfarkt och kan därför svara på litteraturöversiktens syfte (Forsberg & Wengström, 2016; Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Exklusionskriterier var kvantitativa artiklar, översiktsartiklar samt om upplevelserna som beskrevs i artiklarna kom från annat än patientperspektivet.

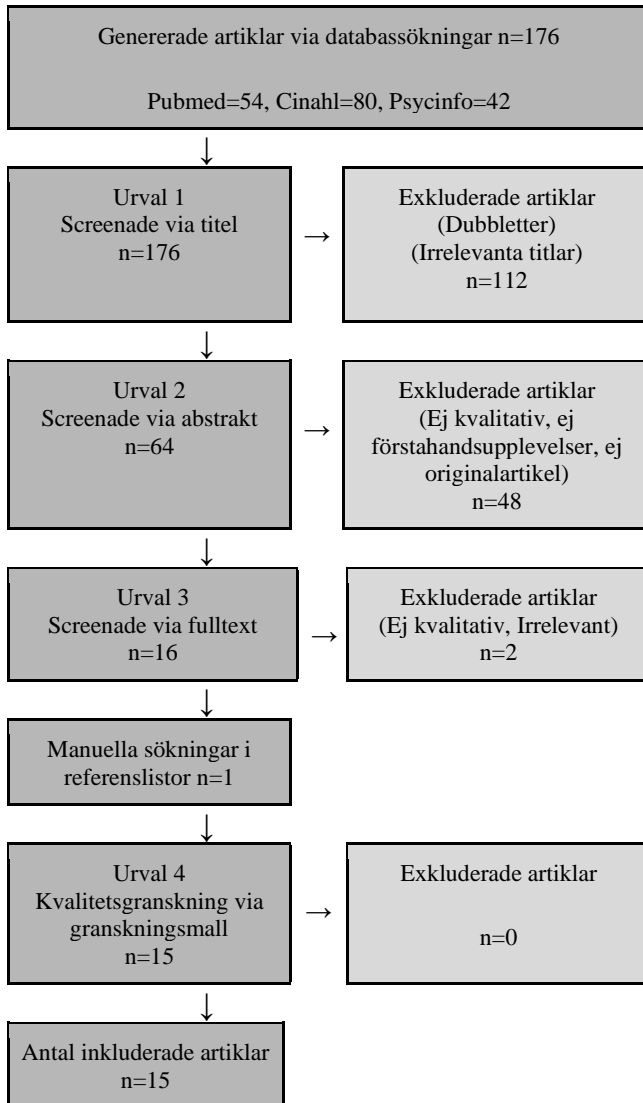
Datainsamling

Artikelsökningar utfördes via de elektroniska databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Psychology Information (PsycInfo) och Medical Literature On-Line (PubMed) då de omfattar forskning inom omvårdnad och närliggande områden. Detta kompletterades med ytterligare en sökstrategi som innebar genomgång av relevanta vetenskapliga artiklars referenser för att finna liknande tidigare genomförda artiklar som berör samma ämne (Polit & Beck, 2021).

Lämpliga sökord identifierades gentemot syftet med hjälp av PEO (Population, Exposure, Outcomes) ramverket. PEO är en systematisk metod för att finna nyckelord till en sökstrategi utifrån en problemformulering (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Forsberg & Wengström, 2016). Hjärtinfarkt, psykisk ohälsa och upplevelser utgjorde nyckelorden utifrån syftet, vilka skapade tre sökblock. De tre sökblocken kompletterades med ett fjärde sökblock som utgjordes av begreppet kvalitativ forskning. Alla sökblock kombinerades med booleska sökoperatörn AND. Sökblocken utvidgades med hjälp av synonymer framtagna av svenska Medical Subject Headings (MESH) och vidare kombinerades orden inom blocken med booleska sökoperatörn OR för att sökningarna skulle bli bredare men också specifika gentemot syftet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Sökmatrix redovisas i bilaga (Bilaga A).

Sökningarna i de olika elektroniska databaserna genererade totalt 176 artiklar. Samtliga titlar lästes utifrån syftet varav 112 exkluderades, av dessa var 46 dubletter, resten ansågs irrelevanta. Av de kvarvarande 64 artiklarna lästes alla abstrakt utifrån syfte, inklusions- och exklusionskriterier varav 48 artiklar exkluderades. Resterande 16 artiklar lästes i fulltext varav två exkluderades, en var irrelevant och den andra var kvantitativ. Därefter genomfördes manuella sökningar i de kvarvarande artiklarnas referenslistor vilket genererade ytterligare en artikel till kvalitetsgranskning, totalt granskades 15 artiklar. Kvalitetsgranskningen genomfördes med ett framtaget

kvalitetsgranskningsprotokoll vilket tillhandahölls genom Sophiahemmets Högskola, se bilaga (Bilaga B). Endast artiklar med god kvalitet eller mycket god kvalitet användes till resultatet vilka presenteras i en artikelmatris (Bilaga C). Kvalitetsgranskning av resultatartiklar är en viktig del i processen av att genomföra en litteraturöversikt eftersom det bidrar till att säkerställa att slutsatserna är välgrundade och tillförlitliga (Polit & Beck, 2021). Flödesschema av urvalsprocessen utav artiklarna presenteras i figur nedan (Figur 1).



Figur 1. Flödesschema över urvalsprocess och granskning av artiklar

Dataanalys

Insamlad data analyserades med tematisk analys (Braun & Clarke, 2006), metoden innehåller sex steg: *Bekanta dig med din data, generera initiala koder, söka efter potentiella teman, granska teman, definiera och namnge teman och producera rapporten*. Tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera och rapportera relevanta mönster från insamlade data (Braun & Clarke, 2006). Analysen genomfördes med ett induktivt förhållningssätt vilket betyder att inga teman var förutsedda eller specificerade i förväg utan teman fick uppstå naturligt från datan själv. Vidare hölls analysen av datan på en semantisk nivå som syftar till att förhålla sig till det som sägs utan att analysera djupare (Braun & Clarke, 2006).

I steg ett lästes artiklarna upprepade gånger enskilt för att erhålla en fördjupad förståelse samt för att bli bekant med innehållet. Redan vid de första genomgångarna av artiklarna markerades intressant innehåll och initiala idéer noterades. I steg två kodades allt innehåll (dataextraktioner) som svarade mot syftet från alla inkluderade artiklar, se tabell nedan (Tabell 1). Dataextraktionerna markerades med färgpenna och erhöll koder, initialt genomfördes detta enskilt för att sedan jämföras och diskuteras tills konsensus uppnåddes angående kodning samt urvalet av intressant data. I steg tre eftersöktes potentiella teman genom att sortera och gruppera koderna. Liknande koder sammanfördes och sammanfogades för att skapa ett mer övergripande och bredare potentiellt tema. Framtagandet av de potentiella teman från koderna visualiserades genom användning av en mindmap. I steg fyra granskades och kontrollerades de framtagna potentiella teman gentemot koderna samt helheten av dataextrakten vilket raffinerade den ursprungliga mindmapen mot en tematisk karta med teman och underteman. I steg fem genomfördes en avslutande polityr av den tematiska kartan för att verkligen hitta kärnan i varje tema. I det avslutande steget skrevs resultatet utifrån all den insamlade datan och den tematiska kartan (figur 3).

Tabell 1. Exempel på tillvägagångssätt vid dataanalysprocessen

Dataextraktion (översatt till svenska)	Kod	Potentiellt tema	Tema
“Patienterna beskrev att deras liv efter hjärtinfarkten genomsyrades av osäkerhet. De betonade att ångest över en eventuell ny hjärtinfarkt var de mest negativa känslorna dem var tvungna att möta” (Petriček et al., 2017)	Ångest av att drabbas igen	Drabbas på nytt	Ett hjärta som sviker
“En oro för att bringa mer skada av hjärtat var ett hinder för vissa patienter till att vara fysisk aktiva efter hjärtinfarkten” (Coull & Pugh, 2021)	Oro för att skada hjärtat		
“Efter hjärtinfarkten var jag rädd för att gå och lägga mig. Jag var rädd för att jag inte skulle vakna igen” (Gwaltney et al, 2017)	Ångest över att dö		
“Patienter beskrev att varje gång de kände något symtom som påminde om hjärtinfarkten återkom rädslan att det skulle hända igen” (Stevens & Thomas, 2012)	Fysiska symtom framkallade ångest	Kroppsliga symtom	
“Patienterna upplevde en osäkerhet av vad hjärtat efter hjärtinfarkten skulle klara av vilket ledde till ångest och försiktighet” (Simoný et al, 2015)	Ångest över vad hjärtat klarar av		

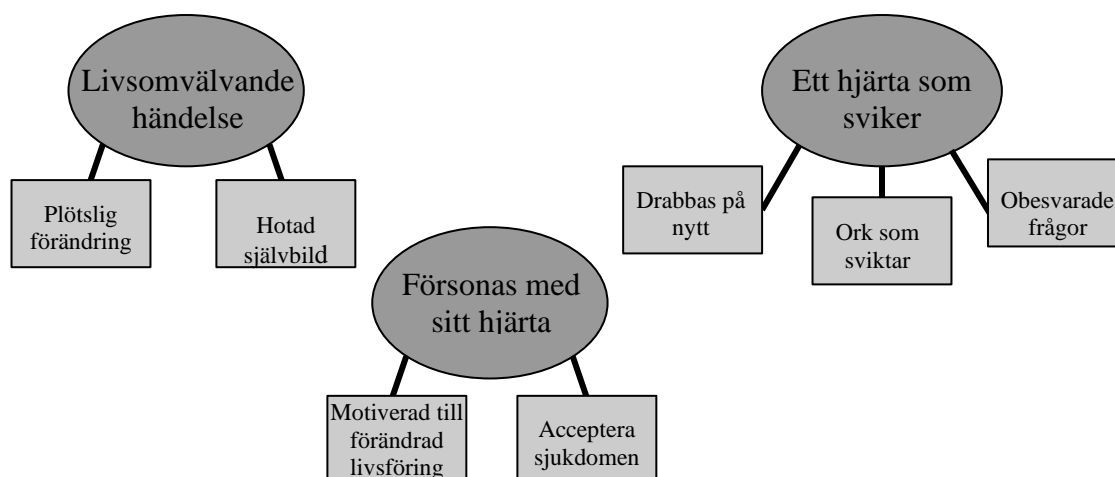
<p>“Fysiska symtom framkallade rädsla att något var fel. Ibland känner jag något i bröstet och tänker... faller stenten ut nu?” (Dreyer et al, 2021)</p>	<p>Oro av symtom</p>		
--	----------------------	--	--

Forskningsetiska överväganden

I linje med Helsingforsdeklarationen (2018) har människors rättigheter tagits i beaktning genom att endast inkludera artiklar där deltagarnas personuppgifter behandlats konfidentiellt, själva valt att frivilligt delta och blivit informerade om studiens olika delar (Lagen om forskningsetik, 2017; World Medical Association, 2019). Genom urvalsprocessen i denna litteraturöversikt har det säkerställts att etiska principer följts genom att endast inkludera artiklar med ett etiskt godkännande (Kjellström, 2017). Forskningsetik innebär att reflektera över samtliga delar i en forskningsprocess och att kunna reflektera över etiska aspekter som kontinuerligt kan uppstå under hela forskningsprocessen vilket har tagits i aktiv beaktning (Sandman & Kjellström, 2013). I forskningsetiska överväganden krävs genomgående reflektion och eftertanke och därför har diskussion kring förförståelse genomsyrat skrivprocessen för att i möjligaste mån säkerställa objektiviteten (Kjellström 2017; Polit & Beck 2021). I enlighet med Vetenskapsrådet (2017) gällande god forskningssed har strävan i arbetet med denna litteraturöversikt varit att tydligt redogöra för alla delar i processen och att noggrant arbeta metodiskt, organiserat och strukturerat. Genom ett aktivt och gemensamt beslutsfattande genom hela processen har vetenskaplig oredlighet försökt undvikas i möjligaste mån för att minimera att risken att äventyra tilltron till resultatet (Kjellström 2017; Polit & Beck, 2021). Genom tydlig referenshantering och hänvisning till källorna i denna litteraturöversikt har risken för plagiat undvikits (Polit & Beck, 2021). Då litteraturöversikten har en kvalitativ metod är det av hög prioritet att inte tolka om eller förvränga patienternas upplevelser för att inte framställa ett missvisande resultat (Kjellström, 2017).

RESULTAT

Resultatet baseras på 15 kvalitativa artiklar och presenteras i tre teman och sju underteman vilka visualiseras via en tematisk karta, se figur nedan (figur 3). Den tematiska kartan har utformats med inspiration av Braun och Clarkes (2006) tematiska karta.



Figur 3. Tematisk karta, teman och underteman

Livsomvälvande händelse

Att drabbas av en hjärtinfarkt kunde många gånger framkalla en initial chock hos patienterna för att sedan övergå till en insikt om att livet abrupt hade förändrats. Det ledde till att självbilden och självständigheten blev hotad vilket var en källa till psykisk ohälsa i form av oro, ångest och rädsla.

Plötslig förändring

Trots de fysiska påfrestningarna som hjärtinfarkten kunde framkalla upplevde patienter att de psykiska symtomen såsom ångest, oro och rädsla var den värsta aspekten av att ha drabbats (Dreyer et al., 2021b). Vidare beskrev patienterna att livet förändrades då de drabbades av hjärtinfarkten (Coull & Pugh, 2021; Dreyer et al., 2021b; Fors et al., 2014; Najafi Ghezalje et al., 2014; Petriček et al., 2015; Rogerson et al., 2014; Stevens & Thomas, 2012). Hjärtinfarkten hade överraskat många när den inträffade då det upplevdes befängt att just dem skulle drabbas (Fors et al., 2014). Det överraskande och plötsliga insjuknandet upplevdes som en traumatisk och livshotande erfarenhet (Andersson et al., 2013; Petriček et al., 2015) vilket framkallade en emotionell chock (Fors et al., 2014; Petriček et al., 2015) som genomsyrades utav känslor som ångest, rädsla och oro (Fors et al., 2014). Patienterna var inte enbart oroliga över sina egna liv utan många beskrev också en oro för deras närstående. Insjuknandet dränerade hela deras emotionella kapacitet och de upplevde att inget skulle bli sig likt igen (Petriček et al., 2015). Hjärtinfarkten hade avbrutit det pågående livet (Dreyer et al., 2021b), satt det på paus (Najafi Ghezalje et al., 2014) och abrupt förändrat det (Stevens & Thomas, 2012). Kroppen upplevdes inte längre densamma (Stevens & Thomas, 2012) och det beskrevs att de förlorat något som de tidigare tagit för givet (Rogerson et al., 2014).

Hotad självbild

Patienterna beskrev att hjärtinfarkten utmanade deras upplevda självbild (Coull & Pugh, 2021; McAnirn et al., 2015; Merritt et al., 2017). Somliga beskrev att deras sociala roller hade förändrats eller upphört. De kunde inte arbeta med det dem tidigare gjort eller träna på samma sätt, vilket hade varit en del av deras personlighet och identitet (McAnirn et al., 2015; Najafi Ghezalje et al., 2014). Att känna sig fysiskt svagare efter

hjärtinfarkten stämde inte överens med bilden patienterna hade av sig själva vilket skapade frustration och nedstämdhet (Coull & Pugh, 2021; Merritt et al., 2017) samt en känsla av att hastigt ha åldrats (Stevens & Thomas, 2012). Nedstämdheten påverkade i sin tur vardagen ytterligare då motivationen till att göra saker minskade eller upphörde (Rogerson et al., 2012). Vissa patienter beskrev hur de hade skuldbelagt sig själva för insjuknandet då de varit varse om riskerna med exempelvis rökning och onyttig kost, men ändå valde att fortsätta och det i sin tur framkallade ångest (McAnirn et al., 2015; Najafi Ghezeljeh et al., 2014). Skuld känslor över att sjukdomen hade en negativ inverkan på anhöriga var också en källa till ångest (McAnirn et al., 2015). Patienter upplevde att de hade blivit mer beroende av andra efter hjärtinfarkten vilket de inte var vana vid (Stevens & Thomas, 2012). Att vara tvungen att förlita sig på andra upplevdes som ett hot mot deras självständighet vilket påverkade deras psykiska mående negativt (Merritt et al., 2017). Det kunde till exempel handla om finansiell hjälp (Merritt et al., 2017), fysisk hjälp (Stevens & Thomas, 2012) eller mental hjälp (Dreyer et al., 2021b). Patienterna beskrev att medicinerna efter hjärtinfarkten framkallade ångest då mediciner förknippades med svaghet och sjukdom. Att behöva förhålla sig till att ta dagliga mediciner inskränkte på känslan av att ha kontroll över sitt eget liv och det var en ständig påminnelse om att de var sjuka (Merritt et al., 2017; Petriček et al., 2017). Biverkningar av mediciner utgjorde även ett hinder i vissa patienters liv vilket framkallade nedstämdhet och frustration (Coull & Pugh, 2021).

Ett hjärta som sviker

Hjärtinfarkten fick patienterna att inse livets skörhet och de upplevde psykisk ohälsa i form av oro, ångest och rädsla för att drabbas återigen. Känslor och funderingar kring detta gjorde det svårt att lita på deras hjärtan, vilket hindrade dem i livet efter hjärtinfarkten.

Drabbas på nytt

Patienterna upplevde varierad grad och frekvens av psykisk ohälsa och oro, ångest eller rädsla över att drabbas av en eventuellt ny hjärtinfarkt. Denna känsla kunde vara konstant närvarande, (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014; Najafi Ghezeljeh et al., 2014; Stevens & Thomas, 2012) mer sporadisk eller vid specifika tillfällen som till exempel vid fysisk ansträngning (Coull & Pugh, 2021; Petriček et al., 2017; Rogerson et al., 2014; Simonj et al., 2015). Emellertid var känslorna helt ohanterliga och förlamande för patienterna medan de ibland var mildare och mer hanterbara (Junehag et al., 2014). Hjärtinfarkten hade fått patienterna att inse livets skörhet och oberäknlighet, vilket gjorde att tankar på och om döden tog större plats i deras liv (Andersson et al., 2013; Fors et al., 2014). Patienter uttryckte en ångest och rädsla för att till exempel gå och lägga sig, då de inte visste om de skulle vakna igen (Gwaltney et al., 2017). Dessa påfrestande tankar av att ånyo drabbas eller till och med dö framkallade stor oro och rädsla för att vara ensamma (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014; Stevens & Thomas, 2012).

Efter hjärtinfarkten beskrev patienterna att de blev mer observanta och överanalyserade de fysiska symtomen såsom andfåddhet, bröstsmärta och ökad puls och där varje hjärtslag utgjorde en orolig tanke. När patienterna kände av ett symptom de kunde koppla till hjärtat väcktes eller förstärktes ångesten, rädslan och oron (Coull & Pugh, 2021; Dreyer et al., 2021b; Gwaltney et al., 2017; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017;

Simonjy et al., 2015; Stevens & Thomas, 2012). Rädslan och oron för att drabbas igen eller att utsätta sitt hjärta för fara gjorde att vissa patienter undvek vardagliga sociala aktiviteter vilket bidrog till en ofrivillig isolering och därmed även ensamhet (Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012). En känsla av att framtiden var osäker beskrevs av patienterna och hur det kunde leda till att man hade svårt att våga blicka framåt (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014; Simmonds et al., 2013). En del av patienterna hade tankar om att de inte skulle få leva ett långt liv och att döden snart skulle inträffa, vilket i sin tur skapade känslor av ångest och oro (Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017). Vissa upplevde en hopplöshet efter hjärtinfarkten och vågade bara planera en dag i taget (Najafi Ghezeljeh et al., 2014).

Ork som sviktar

Patienterna upplevde att hjärtinfarkten var psykiskt utmattande. Att inte förmå det man tidigare kunnat göra skapade frustration och gjorde vardagen färglös (Andersson et al., 2013). Motivationen till att göra saker gick förlorad med hjärtinfarkten och det berodde på dels avsaknad av energi, dels på grund av depressiva tankar (Gwaltney et al., 2017). Upplevda känslor av tomhet och sorg beskrevs av patienterna (McAnirn et al., 2015), vissa upplevde känsla av ångest av blotta tanken på att de hade haft en hjärtinfarkt (Petriček et al., 2017). Patienterna beskrev att kombinationen av alla konsekvenser efter hjärtinfarkten såsom nedsatt fysisk och psykisk ork, sjukskrivning och förändrad självbild var en bidragande del till deras upplevelse av depressivitet. Effekterna av sjukdomen bidrog till en ond spiral där nedsatt ork gav minskad motivation vilket gav ångest som i sin tur gav ännu mindre ork (Simmonds et al., 2013).

Obesvarade frågor

Hjärtinfarkten framkallade många tankar, frågor och funderingar hos patienterna som gav upphov till både ångest, oro och rädsla om de förblev obesvarade vilket kunde fördröja rehabiliteringsprocessen (Andersson et al., 2013; Dreyer et al., 2021b; Fors et al., 2014; Junehag et al., 2014; McAnirn et al., 2015; Merritt et al., 2017; Stevens & Thomas, 2012). Patienter beskrev att existentiella frågor om varför just dem hade drabbats tog energi och de önskade få en förklaring för att erhålla ett inre lugn (Fors et al., 2014) och kunna gå vidare i återhämtningen (Najafi Ghezeljeh et al., 2014). En oförmåga att finna svaret till "varför?" ledde till upplevd nedstämdhet (Stevens & Thomas, 2012). Patienterna upplevde att de inte fick raka svar från vårdpersonalen om varför de hade fått en hjärtinfarkt (Andersson et al., 2013) vilket framkallade en orofylld inre tankeprocess (Stevens & Thomas, 2012).

Försonas med sitt hjärta

Hjärtinfarkten kunde upplevas som ett vägskäl i livet. Patienterna upplevde att stöd från anhöriga och vårdpersonal var avgörande för att överkomma ångesten hjärtinfarkten hade gett upphov till. Vägen tillbaka var krokig men underlättades av individuellt anpassad information.

Motiverad till förändrad livsföring

Trots de negativa upplevelserna och upplevelsen av psykisk ohälsa såsom ångest, oro och rädsla beskrev patienterna att de såg sin överlevnad av hjärtinfarkten som ett uppvaknande, och där vissa såg det även som en chans till att ändra sin livsstil till det bättre för att motverka att drabbas igen (Fors et al., 2014; McAnirn et al., 2015). Ångest var en begränsande faktor hos patienterna till att göra nödvändiga livsstilsförändringar. Att överkomma ångesten var första steget i återhämtningen (Petriček et al., 2017). För att göra detta upplevde patienterna att stödet från anhöriga var viktigast men även stödet från vårdpersonal värderades högt (Petriček et al., 2017; Rogerson et al., 2014; Simoný et al., 2015).

Att ha förstående och närvarande anhöriga gav en känsla av trygghet hos patienterna (Junehag et al., 2014) och fungerade som en motivation till att göra livsstilsförändringar (McAnirn et al., 2015; Rogerson et al., 2014). Patienterna beskrev också vikten av tillit och förtroende till vårdpersonalen för att underlätta deras förståelse och hantering av sjukdomen (Petriček et al., 2015). Vissa patienter upplevde att ha någon att prata med om deras hjärtinfarkt var det bästa vapnet mot oro (Junehag et al., 2014).

Acceptera sjukdom

Patienterna beskrev att det var svårt att acceptera deras hjärtsjukdom efter hjärtinfarkten (Junehag et al., 2014). De behövde olika mycket tid för att komma underfund med hela situationen som hjärtinfarkten innebar i deras liv (Najafi Ghezeljeh et al., 2014). Vissa patienter beskrev att de behövde egen tid för att reflektera och handskas med de psykiska utmaningarna hjärtinfarkten innebar (Petriček et al., 2015). Dock var även tiden viktigt för att lära känna, och lyckas leva tillsammans med sin sjukdom, både psykiskt och fysiskt avgörande (Petriček et al., 2017). Andra patienter poängterade i stället vikten av sociala interaktioner och professionellt stöd och samtal (Simmonds et al., 2013). Patienterna upplevde att vägen till ett nytt normalt liv efter hjärtinfarkten var krokig, där den bestod av lika delar framsteg och motgång blandat med varandra (Petriček et al., 2017).

Med individuellt anpassad information från vårdpersonalen kunde bearbetningen underlättas (Petriček et al., 2017) dock var det flera patienterna som beskrev att de saknade information om hur de skulle undvika att eventuellt drabbas av ny hjärtinfarkt (Andersson et al., 2013), samt att de uttryckte en oro inför att bli utskrivna från sjukhuset (Fors et al., 2014). De upplevde att de fick generell men opersonlig information om sjukdomen av vårdpersonalen. Patienterna saknade information om de psykiska konsekvenser en hjärtinfarkt kunde ge upphov till (Junehag et al., 2014; Stevens & Thomas, 2012). Vidare beskrevs det att fanns behov av allmän information om hjärtinfarkt, egenvårdsåtgärder och behandlingar, men att information gällande deras individuella hjärtinfarkt var viktigast (Petriček et al., 2017).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturoversikten var att belysa patienters upplevelser av en genomgången hjärtinfarkt med fokus på psykisk ohälsa. Nedan diskuteras huvudfynden ur resultatet med tidigare forskning som vidarekopplas till kristeorin av Cullberg (2006) utifrån

krisfasernas struktur och följd för att erhålla en djupare förståelse av de psykiska aspekterna av att drabbas av en hjärtinfarkt.

Litteraturöversiktens resultat visar på att en hjärtinfarkt ger upphov till en plötslig och traumatisk förändring i patienternas liv som påverkar deras psykiska mående. Det plötsliga insjuknande kunde fortsätta patienter i en emotionell chock som innefattar känslor av oro, ångest och rädsla.

Även tidigare studier har funnit att majoriteten av de som drabbas av hjärtinfarkt upplever en akut ångest och rädsla för att dö (Whitehead et al., 2005) och det är känt att livsomvälvande händelser kan leda till psykisk ohälsa och krisreaktioner (Liljeroos et al., 2023; Marum et al., 2014). Sjuksköterskor är i frontlinjen hos patienterna och har en betydande roll i detta skede genom att synliggöra, bekräfta och lindra den upplevda psykiska ohälsan. Sjuksköterskorna behöver tidigt förstå vem patienten är, vad som händer i deras liv, vilka resurser som är tillgängliga för dem och deras individuella övertygelser för att kunna identifiera patientens möjlighet till hantering av krisen hjärtinfarkten kan etablera (Christman, 2022). Cullberg (2006) beskriver i sin kristeori att chockfasen initieras då den traumatiska händelsen inträffar. I litteraturöversiktens kontext utgör hjärtinfarkten denna händelse. I detta skede kan patienten ha svårt att ta till sig vad som har hänt, som en försvarsmekanism, vilket gör det svårt att ta emot information under denna tid, vilket kan vara ett ögonblick upp till något dygn (Cullberg, 2006). Vårdtiden vid en genomgången hjärtinfarkt är idag mellan två till fem dygn (Hjärt- Lungfonden, 2019; Ibanez, 2017) och de allt kortare vårdtiderna medför risker att viktig information som ges inte blir tillräcklig samt att det kan uppstå obesvarade funderingar hos patienten (Fridlund et al., 2012). Resultatet i litteraturöversikten antyder att patienterna hade många funderingar kring deras hjärtinfarkt och upplevde att de erhöll opersonlig information från vårdpersonalen. Detta styrks i en studie av Hanssen et al. (2005) där de tillfrågade patienterna också upplevde opersonlig information under sjukhusvistelsen. Således har sjuksköterskan en väsentlig roll som omvårdnadsansvarig att säkerställa att informationen anpassas individuellt och att den förstås.

Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom kardiologi från VIC (u.å.) belyser vikten av att kunna identifiera behovet av kommunikation, information och undervisning samt motivera patienter med hjärtsjukdom. Även i Patientlagen (SFS 2014:821), stadgas i 3 kap. 7 § vikten av att säkerställa att given information når fram och förstås. Cullberg (2006) beskriver att en patient i chock kan för omgivningen upplevas som lugn och samlad vilket kan försvåra igenkännandet av en patient i chock för vårdpersonalen. Det är då viktigt att all personal beaktar detta och är lyhörda för att patienten kan ha behov av samtal eller annat stöd redan i ett tidigt skede (Nationella programområdet för hjärt- och kärlsjukdomar, 2021).

I litteraturöversiktens resultat syns det att hjärtinfarkten utgjorde ett hot mot patientens självbild. Att inte kunna eller orka göra det man tidigare gjort framkallade många gånger en nedstämdhet, oro och hopplöshet i vardagen för patienterna. Flera av patienterna skuldbelade också sig själva för insjuknandet då de var medvetna om riskerna med till exempel ohälsosamma levnadsvanor. Det framkom också i Liljeroos et al. (2023) studie att patienterna hade tappat förmågan att känna lycka och glädje i livet samt att känslor av skuld efter en hjärtinfarkt kunde få patienterna att hålla sina negativa känslor för sig själva. Patienter som har genomgått en hjärtinfarkt kan ha svårt att visa samt sätta ord på sina känslor en tid efter hjärtinfarkten vilket oftast ses som ett övergående tillstånd efter den akuta händelsen (Ledermann et al., 2020). Detta kan göra

det problematiskt för vårdpersonal att initiera ett samtal om hur patienten känner sig på ett psykiskt plan i nära anslutning till händelsen. Litteraturöversiktens resultat beskrev att patienterna ofrivilligt hamnat i en beroendeställning efter hjärtinfarkten. Det handlade om fysisk, ekonomisk samt psykologisk stöttning och hjälp vilket kunde leda till en känsla av hotad autonomi och negativ inverkan på det psykiska mående. Att tillämpa personcentrerad omvårdnad efter en hjärtinfarkt har visats ge en förbättring av individens förtroende och tilltro sina egna resurser och förmåga (Fors et al., 2015) vilket kan stärka den upplevda autonomin.

Patienterna i litteraturöversiktens resultat visade på varierande grad och frekvens av ångest, oro och rädsla inför att ånyo drabbas av en hjärtinfarkt. Symtom och kroppsliga känningar som påminde eller uppfattades som farligt för hjärtat väckte eller förstärkte dessa känslor. Detta ledde till att vissa patienter undvek vardagliga aktiviteter som framkallade dessa symtom vilket kunde leda till isolering som vidare ingav ökad ångest. I studien av Liljeroos et al. (2023) sågs liknande resultat där patienterna överanalyserade kroppsliga symtom, i synnerhet symtom från hjärtat. Vidare menar Liljeroos et al. (2023) att denna överanalyserande process hos patienterna tog upp mycket tid och energi och blev mer påtaglig efter utskrivningen från sjukhuset då verkligheten kom i kapp med vardagens måsten. Litteraturöversiktens resultat antyder också att patienterna upplevde en rädsla för att vara ensamma, något som kan bli mer påtagligt efter utskrivning från sjukhus där vårdpersonal alltid funnits till hands. Existentiella tankar om varför man drabbas var vanligt förekommande hos patienterna i litteraturöversikten. Att inte komma underfund med dessa existentiella tankar utgjorde en barriär hos patienterna till återhämtning, det upplevdes nödvändigt att finna en förklaring till insjuknandet för att skapa ett inre lugn. Patienterna beskrev en ond spiral orsakad av hjärtinfarkten. Dels gav sjukdomen en fysisk påverkan, dels en psykisk påverkan som gemensamt bidrog till minskad ork och motivation till att göra saker vilket ingav ännu starkare upplevelser av fysisk och psykisk påfrestning. Att vara i denna onda spiral beskrivs med ord som till exempel hopplöshet, nedstämdhet och ångest. Studien av Fredriksson-Larsson et al. (2013) menar att efter en hjärtinfarkt upplevs många gånger en utmattning hos patienterna som inte korrelerar med fysisk ansträngning. Utmattningen utgjordes av ofrivilliga negativa tankar och en känsla av att köra med handbroms i. Att känna hopplöshet, skuld och att ha existentiella funderingar är vanligt förekommande under reaktionsfasen i en kris. Reaktionsfasen, som tillsammans med chockfasen utgör den akuta delen av en kris är den andra fasen i Cullbergs kristeori (Cullberg, 2006). Denna fas kan pågå i fyra till sex veckor och tar vid när den initiala chocken ebbar ut och reaktioner till händelsen startar. Således har de flesta patienter återvänt till hemmet och vardagen har tagit vid inom denna fas. Cullberg (2006) beskriver att det är vanligt att patienter tar till olika försvarsmekanismer i denna fas för att skydda det hotade jaget vilket då kan försvåra bearbetningen av händelsen. Genom att tillämpa personcentrerad omvårdnad kan sjuksköterskor stödja patienterna genom att ge dem möjligheter att räta ut frågetecknen och genom att bjuda in dem att diskutera tankar och känslor och begränsningar i det dagliga livet (Fredriksson-Larsson et al., 2013). Även Ekman et al. (2011) beskriver den positiva inverkan av att bjuda in patienten att berätta, vilket är en grundläggande del av att bedriva personcentrerad vård.

Att börja blicka framåt och sakta återgå mot en ny vardag kännetecknar bearbetningsfasen inom kristeorin. Denna fas i krisen har lämnat det akuta skedet och kan vara i ett halvår till ett år (Cullberg, 2006). Litteraturöversiktens resultat visar att patienterna trots starka upplevelser av ångest, oro och rädsla under hjärtinfarktens tidiga

förlopp kunde uppleva händelsen som en till chans på livet med vilja att ändra det till det bättre och motverka nya hälsoproblem i framtiden. Patienterna beskrev att övervinna ångesten var det första steget i rehabiliteringen. I bearbetningen av ångesten ansåg patienterna att förstående och närvarande anhöriga var den viktigaste pusselbiten som ingav trygghet och motivation. Enligt Wu et al. (2022) bör vårdpersonal utvärdera patientens sociala stöd så snart som möjligt, anpassa omvårdningsplanen på lämpligt sätt och uppmuntra familjemedlemmars engagemang i behandlingen. Resultatet visade även vikten av tillit och förtroende till vårdpersonal.

Genom att tillämpa en personcentrerad omvårdnad där partnerskapet mellan vårdgivare och patient är en hörnsten kan tillit och förtroende skapas (Ekman, 2011). När sjuksköterskor tillämpar det personcentrerade arbetssättet ger det också en högre livskvalitet för individer som upplever psykisk ohälsa (Pinho et al., 2017). Liljeroos et al. (2023) poängterar också att tillit tillsammans med uppriktighet samt en känsla av att bli förstådd är viktiga aspekter för patienterna när de ska anförtro sig till både närstående och vårdpersonal.

Patienterna i litteraturöversiktens resultat beskriver svårigheter att acceptera deras hjärtsjukdom efter hjärtinfarkten. För att lyckas krävdes tid, dels för att hinna bearbeta och reflektera över det som hänt, dels att lära sig leva med sjukdomen. När hjärtinfarkten har integrerats i patienternas liv efter händelsen har nyorienteringsfasen inom kristeorin börjat. I denna fas har patienten försonats med det som hänt och förhoppningar inför framtiden träder fram. Händelsen kan fortfarande anbringa smärtsamma stunder då den alltid kommer finnas kvar som ett ärr hos patienten (Cullberg, 2006). Cullberg (2006) poängterar att faserna i kristeorin inte alltid är linjära och kan gå omlott samt att alla patienter inte genomgår precis alla faser, kristeorin ska ses som ett orienteringsverktyg inom krisen. Således behöver vårdpersonalen identifiera vilken patienten de har framför sig och vilka unika förutsättningar patienten har för att hantera den traumatiska händelse en hjärtinfarkt faktiskt är.

Metoddiskussion

För att besvara syftet genomfördes en litteraturöversikt. En litteraturöversikt anses vara en lämplig metod att använda för att skapa en bild av det aktuella kunskapsläget utifrån ett specifikt syfte (Kristensson, 2014). Litteraturöversikten innefattar endast kvalitativa intervjustudier då de inriktar sig på att skapa mening och förståelse utifrån individers subjektiva upplevelser av ett fenomen, till skillnad från kvantitativa studier som syftar till att klassificera, förutsäga, se samband och att förklara frågeställningar objektivt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Forsberg & Wengström, 2016). Eventuellt kan det betraktas som en svaghet att exkludera kvantitativa artiklar på grund av att resultatet i denna litteraturöversikt inte anses vara statistiskt generaliserbart (Forsberg & Wengström, 2016). Artiklar med kvantitativ metod uteslöts emellertid trots allt, detta med hänvisning till litteraturöversiktens syfte som inte utgår från att jämföra eller mäta skillnader, utan snarare belysa, förklara och tolka individers upplevelser av psykisk ohälsa i samband med en hjärtinfarkt. För att erhålla en djupare beskrivning av patienters upplevelser skulle valet av en empirisk studie med individuella intervjuer kunnat varit aktuellt. Polit och Beck (2021) beskriver att individuella intervjuer kan ge en djupare förståelse av forskningsfrågan, vilket ses som en fördel. En nackdel med att genomföra en egen intervjustudie är att det är tidskrävande (Polit & Beck, 2021). Utifrån examensarbetets tidsomfattning samt rekommendation från lärosätet, ansågs därför inte en intervjustudie vara genomförbart.

Tydliga inklusions- och exklusionskriterier användes för att öka studiens tillförlitlighet (Rosén, 2017). Sökningarna begränsades till kvalitativa originalartiklar skrivna på engelska och publicerade mellan år 2012 och 2022. Genom att begränsa till det engelska språket kan relevanta artiklar som svarar mot syftet skrivna på andra språk gått om miste (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016), dock anses engelska vara det vetenskapliga språket (Segesten, 2017) samt att det behärskades väl till skillnad från andra språk. Begränsning i tidsintervallet anses som en styrka i litteraturöversikten och ökar trovärdigheten då vetenskap anses vara en färskvara (Östlundh, 2017). Uteslutande inkluderades endast artiklar som var kollegialt granskade, vilket ses som en styrka eftersom artiklarna är vetenskapligt granskade (Henricsson, 2017). Samtliga artiklar som inkluderades har, som tidigare nämnts, haft ett etiskt godkännande. I urvalsprocessen var det inga artiklar som exkluderades på grund av detta kriterium eftersom samtliga artiklar som svarade mot syftet och övriga kriterier hade ett etiskt godkännande.

Artikelsökningen genomfördes via tre elektroniska databaser, Cinahl, PsycInfo och Pubmed. Genom användning av flera databaser ökar chanserna samt möjligheterna att finna relevanta artiklar vilket stärker trovärdigheten (Forsberg & Wengström, 2016; Östlundh, 2017). Fler databaser hade kunnat användas i sökandet av artiklar men på grund av begränsad tidsram beslutades att tre databaser var tillräckligt. Däremot genomfördes också manuella sökningar i relevanta artiklars referenslistor som genererade ytterligare en artikel till resultatet. Polit och Beck (2021) beskriver att användandet av olika datainsamlingsmetoder stärker trovärdigheten i en studie. För att sökningen i databaserna skulle bli optimal identifierades lämpliga sökord med hjälp av PEO utifrån litteraturöversiktens syfte. Dessa översattes sedan med hjälp av svenska MeSH för att undvika eventuella egna feltolkningar och för att översättningen skulle bli så korrekt som möjligt, detta anses vara en styrka för arbetet (Östlund, 2017). Slutligen resulterade dessa sökningar i 15 inkluderade artiklar vilket var tillräckligt för denna litteraturöversikt. I enlighet med Polit och Beck (2021) gjordes även gemensamma sökningar i samtliga databaser med stöd och hjälp av en bibliotekarie i databasernas egna ämnesordsfält, vilket ökar trovärdigheten i sökstrategin, dessa sökningar gav dock samma resultat som de tidigare självständiga sökningarna. De 15 artiklarna lästes sedan separat och diskuterades sedan om de var lämpliga och svarade mot syftet, vilket bådadera var eniga om.

En kvalitetsgranskning ökar trovärdigheten av en litteraturöversikt (Forsberg & Wengström, 2016) och detta utfördes av samtliga inkluderade artiklar enligt Caldwell et al. (2011) bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild artikel (se bilaga B). De granskades först enskilt för att därefter diskuteras och enas om ett gemensamt resultat, detta betraktas som en styrka för litteraturöversikten (Rosén, 2017). Av dessa 15 artiklar ansågs sex artiklar hålla god kvalitet och nio mycket god kvalitet. Det fanns ingen tidigare erfarenhet hos någon av oss att systematiskt kvalitetsgranska och detta kan ha påverkat granskningen och dess utfall genom att studier värderats felaktigt. Under arbetets gång har det funnits en dialog och återkoppling med handledare och studiekamrater gällande detta för att minimera riskerna för felaktig bedömning. Endast artiklar som erhöll god kvalitet eller mycket god kvalitet inkluderas slutligen i litteraturöversikten vilket på förhand var ett krav för att de skulle inkluderas. Enligt Polit och Beck (2021) styrks samt ökar litteraturöversiktens reliabilitet genom en kvalitetsgranskning.

Analysprocessen utfördes i enlighet med Braun och Clarke (2006). Den tematiska analysmetoden anses vara flexibel och lämpar sig till noveller inom forskning men kan ändå ge ett rikt och detaljerat dataresultat. De olika stegen i analysprocessen är också tydligt beskrivna varpå denna analysmetod valdes (Braun & Clarke, 2006). Eventuella svagheter med denna analysmetod är om man misslyckas analysera datan korrekt och att de teman som man kommit fram till riskeras flyta samman, bli vaga och diffusa (Braun & Clarke, 2006).

Vår tidigare erfarenhet av tematisk analys är begränsad, vilket kan anses som en svaghet men genom ett konsekvent förhållningssätt till metoden där stegen noggrant följdes och reflekterades över genom hela analysprocessen styrks litteraturöversiktens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Majoriteten av resultatartiklarna är producerade i Europa, dock är artiklar från Australien, Iran och USA även inkluderade. Med geografisk spridning på artiklarna erhålls varierade upplevelser som kan styrka litteraturöversiktens generaliserbarhet och överförbarhet, dock kan kulturella skillnader mellan världsdelarna fluktuera vilket kan försvåra överförbarheten till ett enbart svenskt perspektiv då sjukvårdssystem världen över skiljer sig åt (Polit & Beck, 2021). Å andra sidan blir världen mer och mer globaliserad (Richter, 2014) vilket då kan motivera användandet av geografiskt spridda data. Ingen av de inkluderade studierna i de olika artiklarna är utförda i Sverige, detta skulle kunna ses som en svaghet gällande generaliserbarheten för den svenska populationen, dock har resultaten i artiklarna haft många gemensamma nämnare och liknat varandra och detta kan betraktas som en styrka och öka generaliserbarheten (Polit & Beck, 2021). Gällande litteraturöversiktens generaliserbarhet finns dock en begränsning gällande dess omfattning att det inte anses vara ett vetenskapligt arbete (Mårtensson & Fridlund, 2017). I litteraturöversiktens resultat sammanfördes upplevelser från både män och kvinnor för att benämnas gemensamt som patientens upplevelser, vilket kan anses vara en svaghet genom att man går miste om eventuella skillnader mellan könen. Samtidigt under analysprocessen kunde det ej detekteras några avgörande skillnader mellan könen gällande upplevelsen av psykisk ohälsa i samband med hjärtinfarkt.

Litteraturöversikten har lästs och granskats under arbetets gång av utomstående, då handledare och studiekamrater har tagit del av den och därigenom granskat dess ingående delar, vilket bör betraktas som en styrka och stärker därför trovärdigheten (Polit & Beck, 2021). Dessutom innebär denna transparens att fler sjuksköterskor med kunskap inom ämnet granskat alla delar i denna litteraturöversikt och detta har minskat risken för eventuell feltolkning (Henricson, 2017).

Det förefaller sig rimligt att förförståelsen för ämnet kan ha påverkat det slutgiltiga resultatet eftersom yrkesprofessionen gett oss egna erfarenheter och kunskap gällande individer som drabbats av psykisk ohälsa i samband med hjärtinfarkt (Polit & Beck, 2021). Det ska dock understrykas att inget resultat medvetet uteslutits för att stödja en egen eventuell hypotes kring ämnet, den etiska tankegången kring detta och medvetenhet kring förförståelse kan ses som en styrka för litteraturöversikten (Kjellström, 2017). Vikten av självreflektion i alla forskningssammanhang är av stor betydelse enligt Moorley och Cathala (2019) eftersom förförståelse och tidigare kunskap riskerar hindra att ny kunskap inom ämnet förvärvas.

Slutsats

Litteraturoversiktens resultat visar att en hjärtinfarkt kan framkalla upplevelser av ångest, oro och rädsla hos patienter av varierande grad och frekvens. Att drabbas av en hjärtinfarkt sätter utan tvekan livet på sin spets. Det syns en process som följer en viss struktur hos patienterna i att hantera den kris som en hjärtinfarkt innebär. Initialt är händelsen chockartad, sedan kan insikter om att hjärtat inte är att lita på förekomma och därefter påbörjas en form av nyorientering av livet och framtiden.

För att hantera och underlätta denna process framkom det att rätt information och rätt riktat stöd från vårdpersonal var essentiellt. Således krävs det att vårdpersonal är medvetna om den krisreaktion en hjärtinfarkt kan framkalla och den struktur återhämtningen vanligtvis följer för att kunna ge en individuellt anpassad vård och möta patienten där hen befinner sig i krisen och sitt psykiska mående. Detta möjliggörs med kännedom om kriteorin och den psykologiska ohälsa en hjärtinfarkt kan anbringa samt genom tillämpning av personcentrerad omvårdnad där hela patienten synliggörs. Patienter som genomgått en hjärtinfarkt behöver få individuellt anpassad information under hela vårdförloppet där även information om krishantering och psykisk ohälsa tillhandahålls och diskuteras. Något som idag till stor utsträckning verkar saknas eller åsidosätts.

Klinisk tillämpbarhet

Litteraturoversikten kan bidra till en ökad förståelse för upplevelser av psykisk ohälsa efter genomgången hjärtinfarkt. Kunskapsområdet kan vara till nytta för vårdpersonal som möter dessa patienter i klinisk praxis då en ökad förståelse kan främja ett mer adekvat omhändertagande samt bidra till en mer individanpassad omvårdnad för patienterna. För att kunna identifiera och bemöta patienter som hamnar i kris och drabbas av psykisk ohälsa efter genomgången hjärtinfarkt är det viktigt att vårdpersonalen har tillräcklig kunskap och utbildning. Således bör utbildning om hjärtinfarktens psykiska inverkan på individen vara en prioriterad fråga inom vården för att kunna möta patienternas behov av individuellt anpassat stöd och information genom hela vårdkedjan.

Vidare forskning inom ämnet behövs för att ytterligare belysa de psykiska aspekterna i samband med hjärtinfarkt. Det vore intressant med fler perspektiv kring ämnet såsom sjuksköterskans omvårdnadserfarenheter av dessa patienter. Genom vidare forskning kan man identifiera de utmaningar och svårigheter som sjuksköterskor möter när de vårdar patienter som upplever psykisk ohälsa efter en hjärtinfarkt. Detta kan bidra till att förbättra vården genom att hitta metoder och tillvägagångssätt för att optimera bemötandet och stödja patienterna genom krisen och den psykiska ohälsan.

REFERENSER

* = Artiklar som ingår i resultatet

Abed, M. A., Kloub, M. I., & Moser, D. K. (2014). Anxiety and adverse health outcomes among cardiac patients: a biobehavioral model. *The Journal of cardiovascular nursing*, 29(4), 354–363. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1097/JCN.0b013e318292b235>

Ambrose, J. A., & Singh, M. (2015). Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. *F1000Prime Reports*, 7(8), 1-5. <https://doi.org/10.12703/P7-08>

*Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*, 23(6), 762–772. <https://doi.org/10.1177/1049732313482049>

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide* (2 uppl.). McGraw-Hill Education/Open University Press.

Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse education today*, 31(8), e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

*Coull, A., & Pugh, G. (2021). Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study. *BMC cardiovascular disorders*, 21(1), 105. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1186/s12872-021-01898-7>

Christman, E. (2022). *Nursing: Mental Health and Community Concepts*. Chippewa Valley Technical College.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling* (5 uppl.). Natur och kultur.

Dreyer, R. P., Pavlo, A. J., Hersey, D., Horne, A., Dunn, R., Norris, C. M., & Davidson, L. (2021a). "Is My Heart Healing?" A Meta-synthesis of Patients' Experiences After Acute Myocardial Infarction. *The Journal of cardiovascular nursing*, 36(5), 517–530. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1097/JCN.0000000000000732>

*Dreyer, R. P., Pavlo, A. J., Horne, A., Dunn, R., Danvers, K., Brush, J., Slade, M., & Davidson, L. (2021b). Conceptual Framework for Personal Recovery in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*, 10(19), e022354. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1161/JAHA.121.022354>

Džubur, A., Lisica, D., Hodžić, E., Begić, E., Lepara, O., Fajkić, A., Gogić, E., & Ejubović, M. (2022). Relationship between depression and quality of life after myocardial infarction. *Medicinski glasnik : official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 19(1), 10.17392/1404-21. <https://doi.org/10.17392/1404-21>

Edvardsson, D. (2020). Personcentrerad omvårdnad i teori och praxis. I D. Edvardsson & A. Backman (Red.), *Personcentrerad omvårdnad: i teori och praktik* (2 uppl., ss 47–60). Studentlitteratur.

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>

Feng, L., Li, L., Liu, W., Yang, J., Wang, Q., Shi, L., & Luo, M. (2019). Prevalence of depression in myocardial infarction: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*, 98(8), e14596. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014596>

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Öppna jämförelser folkhälsa 2019*. Hämtad 1 november, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ec714fca0b0145eab3d7924511550a74/oppna-jamforelser-folkhalsa-2019-18076.pdf>

*Fors, A., Dudas, K., & Ekman, I. (2014). Life is lived forwards and understood backwards - Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 430–437. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012>

Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E., Thorn, J., Ulin, K., Wolf, A., & Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care - A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 187, 693–699. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.336>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 uppl.). Natur & kultur.

Fredriksson-Larsson, U., Alsen, P., & Brink, E. (2013). I've lost the person I used to be--experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8, 20836. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.3402/qhw.v8i0.20836>

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

Fridlund, B., Malm, D., & Mårtensson, J. (Red.) (2012). *Kardiologisk omvårdnad* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Goddard, L., Hill, M. C., & Morton, A. (2015). Caring for patients after myocardial infarction. *Practice Nursing*, 26(6), 288–295.
<https://doi.org/10.12968/pnur.2015.26.6.288>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

*Gwaltney, C., Reaney, M., Krohe, M., Martin, M., Falvey, H., & Mollon, P. (2017). Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infarction: A Qualitative Study. *Patient*, 10(2), 225–235.
<https://doi.org/10.1007/s40271-016-0194-8>

Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001>

Henricsson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 411–420). Lund: Studentlitteratur

Hedrenius, S. & Johansson, S. (2013). *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser: att stärka människors motståndskraft*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
Hugelius, K. & Tapani, J. (2017). *Krishantering i praktiken*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

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., Widimiský, P., & ESC Scientific Document Group. (2017). 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>

Jensen, O. B., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 123-131.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00196-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00196-9)

*Juneag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(1), 22–30.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>

Kim, J. M., Stewart, R., Kang, H. J., Kim, S. Y., Kim, J. W., Lee, H. J., Lee, J. Y., Kim, S. W., Shin, I. S., Kim, M. C., Shin, H. Y., Hong, Y. J., Ahn, Y., Jeong, M. H., & Yoon, J. S. (2021). Long-term cardiac outcomes of depression screening, diagnosis and treatment in patients with acute coronary syndrome: the DEPACS study. *Psychological medicine*, 51(6), 964–974. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1017/S003329171900388X>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., ss. 57–80). Studentlitteratur.

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

Lag om ansvar och god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning (SFS 2019:504). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokumentlagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2019504-om-ansvar-for-godforskningssed_sfs-2019-504

Ledermann, K., von Känel, R., Barth, J., Schnyder, U., Znoj, H., Schmid, J. P., Meister Langraff, R. E., & Princip, M. (2020). Myocardial infarction-induced acute stress and post-traumatic stress symptoms: the moderating role of an alexithymia trait - difficulties identifying feelings. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1804119. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1804119>

Liljeroos, T., Humphries, S., Puthooppambal, S. J., Norlund, F., & Olsson, E. M. G. (2023). Management of emotional distress following a myocardial infarction: a qualitative content analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 52(1), 47–64. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1080/16506073.2022.2135591>

Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*, 126, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>

Lundström, S., Ahlström, B. H., Jormfeldt, H., Eriksson, H., & Skärsäter, I. (2017). The meaning of the lived experience of lifestyle changes for people with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 717–725. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1330909>

Marum, G., Clench-Aas, J., Nes, R. B., & Raanaas, R. K. (2014). The relationship between negative life events, psychological distress and life satisfaction: a population-based study. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 23(2), 601–611. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1007/s11136-013-0512-8>

*McAnirn, G., Lusk, L., Donnelly, P., & McKenna, N. (2015). Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(12), 610–615. <https://doi.org/10.12968/bjca.2015.10.12.610>

Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., & de Jonge, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General hospital psychiatry*, 33(3), 203–216. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.02.007>

Mendis, S., Thygesen, K., Kuulasmaa, K., Giampaoli, S., Mähönen, M., Ngu Blackett, K., Lisheng, L. (2010). World Health Organization definition of myocardial infarction: 21 2008–09 revision. *International Journal of Epidemiology*, 40(1), 139–146. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq165>

*Merritt, C. J., Zoysa, N., Hutton, J. M., & de Zoysa, N. (2017). A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction). *British Journal of Health Psychology*, 22(3), 589–608. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12249>

Moorley, C., & Cathala, X. (2019). How to appraise qualitative research. *Evidence-based nursing*, 22(1), 10–13. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103044>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., ss. 421–438). Studentlitteratur.

*Najafi Ghezalje, T., Yadavar Nikraves, M., & Emami, A. (2014). Coronary heart disease patients transitioning to a normal life: perspectives and stages identified through a grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 571–585. <https://doi.org/10.1111/jocn.12272>

Nationella programområdet för hjärt- och kärlsjukdomar. (2021). *Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom – på vårdavdelning*. <https://d2flujgs17escs.cloudfront.net/external/Riktlinje-for-sekondarprevention-vidkranskarlssjukdom-pa-vardavdelning-fas1.pdf>

*Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., Owens, P., & Vrcić-Keglević, M. (2015). Facing the diagnosis of myocardial infarction: a qualitative study. *The European journal of general practice*, 21(1), 19–25. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.3109/13814788.2014.907269>

*Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. *The European journal of general practice*, 23(1), 35–42. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1080/13814788.2016.1274726>

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*, 37(29), 2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>

Pinho, L. G., Lopes, M. J., Correia, T., Sampaio, F., Arco, H., Mendes, A., Marques, M., & Fonseca, C. (2021). Patient-Centered Care for Patients with Depression or anxiety disorder: An Integrative Review. *Journal of personalized medicine*, 11(8), 776. <https://doi.org/10.3390/jpm11080776>

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

Richter T. A. (2014). Clinical research: a globalized network. *PloS one*, 9(12), e115063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115063>

*Rogerson, M. C., Murphy, B. M., Bird, S., & Morris, T. (2012). "I don't have the heart": a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 9, 140–148. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-140>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 375–389). Studentlitteratur.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

Schweikert, B., Hunger, M., Meisinger, C., König, H. H., Gapp, O., & Holle, R. (2009). Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European heart journal*, 30(4), 436–443. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1093/eurheartj/ehn509>

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., ss 49–58). Studentlitteratur.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 1 november, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821#K2

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 4 november, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

*Simmonds, R. L., Tylee, A., Walters, P., & Rose, D. (2013). Patients' perceptions of depression and coronary heart disease: a qualitative UPBEAT-UK study. *BMC Family Practice*, 14(1), 38–46. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-38>

*Simonj, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P., & Birkelund, R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2581–2590. <https://doi.org/10.1111/jocn.12867>

Socialstyrelsen. (2018a). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 1 november, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2018b). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Vetenskapligt underlag Bilaga*. Hämtad 1 november, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28-vetenskapligt-underlag.pdf>

Socialstyrelsen (2021). *Statistik om hjärtinfarkter 2020*. Hämtad 1 november, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7648.pdf>

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten & Sveriges kommuner och regioner. (2020). *Begrepp inom området psykisk hälsa*. Hämtad 2 november, 2022, från https://skr.se/download/18.4d3d64e3177db55b1663b360/1615533855867/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa.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. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., White, H. D., & Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*, 72(18), 2231–2264. <https://doi.org.rjl.idm.oclc.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1038>

Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., Fauerbach, J. A., Bush, D. E., & Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of general internal medicine*, 21(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsсед*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/Godforskningsсед_VR_2017.pdf

Visseren, F., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J. M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F., Hollander, M., Jankowska, E. A., ... ESC Scientific Document Group (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European heart journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org.rjl.idm.oclc.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Vårdprofessioner inom cardiologi (VIC). (u.å.). Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom hjärtsjukvård. 26 <https://www.sls.se/globalassets/vic/arsmoten/kompetensbeskrivning-forspecialistsjukskoterska-med-inriktning-hjartsjukvard.pdf>

Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., & Luo, S. (2021). Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. *Clinical cardiology*, 44(6), 761–770. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1002/clc.23605>

Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *The American journal of cardiology*, 96(11), 1512–1516. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1016/j.amjcard.2005.07.070>

World Health Organisation (WHO). (2021). *Depression*. Hämtad den 3 november, 2022, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Medical Association- Helsingforsdeklarationen. (2018). Hämtad 12 december, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, M., Wang, W., Zhang, X., & Li, J. (2022). The prevalence of acute stress disorder after acute myocardial infarction and its psychosocial risk factors among young and middle-aged patients. *Scientific reports*, 12(1), 7675. <https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1038/s41598-022-11855-9>

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L., & INTERHEART Study Investigators (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937–952. [https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi-org.rjl.idm.oclc.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

Östlundh, L. (2017) Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 59–82). Studentlitteratur.

Sökmatrix

Databas Datum	Sökord och begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Inkluderade artiklar
Pubmed 011222	myocardial infarction[Title/Abstract] OR myocardial infarction[MeSH Terms] OR myocardial ischemia[MeSH Terms] OR myocardial ischemia[Title/Abstract] OR acute coronary syndrome[MeSH Terms] OR acute coronary syndrome[Title/Abstract] OR heart attack[MeSH Terms] OR heart attack[Title/Abstract] AND Depression[MeSH Terms] OR depression[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract] OR distress[Title/Abstract] OR crisis[Title/Abstract] OR emotions[Title/Abstract] OR emotions[MeSH Terms] AND perception[MeSH Terms] OR perception[Title/Abstract] OR experience[Title/Abstract] OR attitude[Title/Abstract] OR attitude[MeSH Terms] AND qualitative research[Title/Abstract] OR qualitative research[MeSH Terms] OR interview[MeSH Terms] OR interview[Title/Abstract] Begränsningar: 10 år, Engelska	54	54	26	7	6
Cinahl 031222	MH "Myocardial Ischemia+" OR "Myocardial Infarction" OR MH "Acute Coronary Syndrome" OR "Heart attack" AND MH "Qualitative Studies+" OR MH "Interviews" OR Interview* AND MH "Anxiety+" OR anxiety OR MH "Depression+" OR "Depression" OR MH "Emotions+" OR "Emotions" OR "Crisis" AND "experience" OR MH "Perception+" OR "Perception" OR MH "Attitude+" OR "Attitude" Begränsningar: 10 år, Engelska, Peer-reviewed	80	80 (Dubletter: 27)	24	9	8
Psycinfo 041222	DE "Myocardial Infarctions" OR "Myocardial Infarctions" OR "Heart attack" OR "Acute coronary syndrome" OR "Myocardial ischemia" AND DE "Qualitative Methods" OR "Qualitative Methods" OR DE "Interviews" OR "Interview*" OR "Qualitative Studies" OR "qualitative research" AND experience* OR perceptions OR attitudes AND depression OR anxiety OR distress Begränsningar: 10 år, Engelska, Peer-reviewed	42	42 (Dubletter: 19)	14	0	0

Klassificering och kvalitet bedömningsunderlag

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.

Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)		
10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)		
11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie)		

Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)		
12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)		
13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)		
14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys Trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen "objektiv"?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
Totalt (max 36 poäng)		

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

Artikelmatris

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Poäng
Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. 2013 Sverige	The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction.	Syftet var att belysa innebörden av upplevelsen av yngre människor under deras första år efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutisk metod.	Totalt 17 varav 11 män och 6 kvinnor.	Kärntemat och centrala fenomen var den vardagliga kampen för att återställa balansen i livet, som omfattade en existentiell, fysisk och känslomässig kamp för att återfå fotfäste i det dagliga livet.	K Mycket god kvalitet (32)
Coull, A., & Pugh, G. 2021 England	Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study.	Syftet var att undersöka hjärtinfarktsöverlevare attityd och vilja till fysisk aktivitet och de upplevda hinder, motivatorerna och facillatorerna för att upprätthålla fysisk aktivitet långsiktigt.	Kvalitativ studie med grounded theory metod. Semistrukturerade intervjuer.	Totalt 18 varav 13 män och 5 kvinnor. (-2)	Patienterna upplevde hjärtinfarkten som livsförändrande och såg ofta händelsen som ett uppvaknande. Många deltagare upplevde händelsen som en total chock och beskrev känslor av rädsla och oro över deras hälsa. I efterförloppet kunde symtom såsom bröstsmärta vid fysisk aktivitet framkalla känslor av oro och rädsla för en ny hjärtinfarkt. Även nya mediciner utgjorde ett hinder till fysisk aktivitet för många.	K Mycket god kvalitet (35)
Dreyer, R. P., Pavlo, A. J., Horne, A., Dunn, R., Danvers, K., Brush, J., Slade, M., & Davidson, L. 2021 USA	Conceptual Framework for Personal Recovery in Patients With Acute Myocardial Infarction.	Syftet var att få en djupare insikt i personlig återhämtning hos patienter med akut hjärtinfarkt samt sambandet mellan personlig och klinisk återhämtning.	Kvalitativ studie med fenomenologisk metod. Semistrukturerade intervjuer.	Totalt 42 varav 19 män och 23 kvinnor.	Deltagarna upplevde hjärtinfarkten som en oväntad störning i deras liv som hade långtgående effekter på deras dagliga funktion och hanterades på många olika sätt. Deltagarna upplevde att de var en annan person efter hjärtinfarkten, känslor av förlust var vanligt men såväl upplevda positiva insikter om livets innebörd.	K Mycket god kvalitet (34)

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Poäng
Fors, A., Dudas, K., & Ekman, I. 2014 Sverige	Life is lived forwards and understood backwards - Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis.	Syftet var att utforska patienters upplevelse av akut koronart syndrom under deras sjukhusvistelse.	Kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk hermeneutisk analysmetod.	Totalt 12 varav 7 män och 5 kvinnor.	Patienterna upplevde en känsla av kamp i att hantera den överväldigande akuta fasen med känslor av oro, ångest och dödsrädd. Patienterna upplevde också en oro för hur de skulle känna när de väl var utskrivna från sjukhuset.	K God kvalitet (28)
Gwaltney, C., Reaney, M., Krohe, M., Martin, M. M., Falvey, H., & Mollon, P. 2017 USA	Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infarction: A Qualitative Study.	Syftet var att belysa de symtom och funktionella begränsningar som patienter upplever under året efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Innehålls- och tematisk analys.	Totalt 38 varav 24 män och 14 kvinnor.	Fynden presenteras genom två nyckelkoncept, symtom och funktionella begränsningar där det finns beskrivet hur patienterna förlorat motivation, lust och ork relaterat till depressiva känslor.	K Mycket god kvalitet (29)
Juneag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. 2014 Sverige	A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.	Syftet var att beskriva individers uppfattning av psykosociala konsekvenser av en akut hjärtinfarkt och deras tillgång till stöd ett år efter händelsen.	Kvalitativ intervjustudie med innehållsanalytisk metod.	Totalt 20 varav 14 män och 6 kvinnor.	Alla patienter i studien upplevde någon gång psykiska konsekvenser efter sin hjärtinfarkt som innefattade oro och rädsla för att åter bli drabbad. De tvingades till att inse att livet hade förändrats och handskas med känslor av hopplöshet, oro och ångest.	K Mycket god kvalitet (31)

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Poäng
McAnirn, G., Lusk, L., Donnelly, P., & McKenna, N. 2015 England	Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI.	Syftet var att undersöka svårigheter som möts av yngre patienter, som har familjer, när de försöker förändra livsstil efter hjärtinfarkten.	Kvalitativ design med fenomenologisk metod. Semistrukturerade intervjuer.	Totalt 7 varav 6 män och 1 kvinna.	Fem huvudteman presenteras i form av skuld, sorg, misstro, motivation till förändring samt betydelsen av familjesupport i samband med livsstilsförändringar. Flera patienter beskriver genomgående i studien hur de blivit psykiskt påverkade av att drabbas av hjärtinfarkt.	K God kvalitet (25)
Merritt, C. J., Zoysa, N., Hutton, J. M., & de Zoysa, N. 2017 England	A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction).	Syftet var att försöka förstå hur ett urval av män under 45 år anpassade sig till och hur de begrep sin hjärtinfarkt.	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Fenomenologisk tolkningsanalys.	Totalt 10 varav alla män.	Deltagarna i denna studie kände sig mindre som en man efter hjärtinfarkten samt gav de insikt om att livet är skört. De beskriver även hur livet "tappade sina färger" efter sin hjärtinfarkt.	K God kvalitet (28)
Najafi Ghezalje, T., Yadavar Nikravesh, M., & Emami, A. 2014 Iran	Coronary heart disease patients transitioning to a normal life: perspectives and stages identified through a grounded theory approach.	Syftet var att förstå upplevelsen och processen hos 24 iranska patienter med ischemisk hjärtsjukdom.	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Grounded theory användes som analysmetod.	Total 24 varav 12 män och 12 kvinnor.	Patienterna beskriver hur de förlorar sina vanliga liv och blev påverkade psykiskt efter hjärtinfarkten. Känslor som uppstod var hopplöshet, sorg, ångest och rädsla.	K God kvalitet (26)

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Poäng
Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., Owens, P., & Vrcić-Keglević, M. 2015 Kroatien	Facing the diagnosis of myocardial infarction: a qualitative study.	Syftet var att undersöka den initiala upplevelsen hos patienter som får diagnosen hjärtinfarkt.	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Grounded theory användes som analysmetod.	Totalt 30 varav 16 män och 14 kvinnor. (-2)	Patienterna upplevde hjärtinfarkten som en livshotande händelse och att inget kommer vara sig likt efteråt. Många beskrev att deras emotionella och kognitiva kapacitet dränerades av chocken som hjärtinfarkten innebar. Oro och osäkerhet inför framtiden var framträdande hos patienterna.	K Mycket god kvalitet (33)
Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. 2017 Kroatien	Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience.	Syftet var att undersöka upplevelser hos patienter med hjärtinfarkt	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Grounded theory användes som analysmetod.	Totalt 30 varav 16 män och 14 kvinnor. (-2)	Deltagarna beskriver hur de sökte efter sitt "nya normala" efter hjärtinfarkten som bland annat innebar att överkomma sina ångest och rädslor. Vidare beskriver de behovet av att försöka återta kontrollen över sitt liv genom olika strategier.	K God kvalitet (28)
Rogerson, M. C., Murphy, B. M., Bird, S., & Morris, T. 2012 Australien	"I don't have the heart": a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms.	Syftet var att utforska barriärer och facilitatorer till fysisk aktivitet hos patienter med koronar hjärtsjukdom och depressiva symtom.	Kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer och innehållsanalys.	Totalt 15 varav 12 män och 3 kvinnor.	Patienterna upplevde nedstämdhet som resulterade i en känsla av hopplöshet till bland annat fysisk aktivitet. Att handskas med chocken som hjärtinfarkten innebar var svårt för många. En ovisshet av vad hjärtat orkade var framträdande hos patienterna.	K Mycket god kvalitet (32)

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Poäng
Simmonds, R. L., Tylee, A., Walters, P., & Rose, D. 2013 England	Patients' perceptions of depression and coronary heart disease: a qualitative UPBEAT-UK study.	Syftet var att utforska primärvårds patienters uppfattning om samband mellan deras fysiska och mentala hälsa, deras upplevelser av att leva med depression och ischemisk hjärtsjukdom och deras egna strategier av egenvård samt deras attityd mot nuvarande primärvårds interventioner mot depression.	Kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade djupintervjuer och innehållsanalys.	Totalt 30 varav 19 män och 11 kvinnor. (-3)	Många känner en hopplöshet efter hjärtinfarkten. Att konsekvenserna av sjukdomen som innefattar en förändrad självbild, minskad ork, depressivitet och osäkerhet inför framtiden skapade en ond spiral. Att få professionellt och individuellt stöd ansågs vara viktigt för att ta sig ur den onda spiralen hjärtinfarkten hade åstadkommit.	K Mycket god kvalitet (31)
Simonj, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P., & Birkelund, R. 2015 Danmark	Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences.	Syftet var att undersöka patienters upplevda erfarenheter av träningsbaserad hjärtrehabilitering.	Kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutisk metod. Fältobservationer, fokusgruppsintervju och individuella intervjuer.	Totalt 11 varav 9 män och 2 kvinnor. (-2)	Resultatet tyder på att patienterna upplever fysiska och psykologiska utmaningar vid fysisk aktivitet efter en hjärtinfarkt. En oro inför fysisk aktivitet sågs hos flertalet deltagare då symtom som påminde om hjärtinfarkten samt misstro på hjärtat framkallade ångest. Att vara fysiskt aktiva tillsammans med andra i samma sats hjälpte att överkomma rädslan och hjälpte deltagarna att stärka sitt förtroende för deras hjärtan.	K Mycket god kvalitet (34)

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Poäng
Stevens, S., & Thomas, S. P. 2012 USA	Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction.	Syftet var att undersöka upplevelsen efter att ha överlevt en hjärtinfarkt och skrivits ut från sjukhuset till hemmet hos medelålders kvinnor.	Kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk metod.	Totalt 8 varav alla var kvinnor.	Patienterna beskrev hjärtinfarkten som en abrupt förändring av livet som präglades av frågor som "Varför jag?" vilket bidrog till en existentiell ångest. Upplevelser av att inte vara densamma efteråt, att inte orka det man tidigare gjort och att känna sig beroende av andra framkallade känslor av depression och oro. När patienterna upplevde fysiska symtom kom rädslan av drabbas igen.	K God kvalitet (24)