

När livet plötsligt förändras

Kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt

— En litteraturöversikt

Malin Halldin
Hanna Wirzén

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats
Omvårdnad
Jönköping, maj 2015

When Life Suddenly Changes Women's Experiences Post Myocardial Infarction – A literature Review

**Malin Halldin
Hanna Wirzén**

Bachelor thesis, 15 credits
Nursing
Jönköping, May 2015

Sammanfattning

Hjärtinfarkt är en av de vanligaste orsakerna till dödsfall i Sverige. Det är vanligt att de som drabbats har svårt att hantera sin förändrade livssituation eftersom sjukdomen påverkar vardagen fysiskt, psykiskt, socialt och ekonomiskt. Kvinnor har oftare svårare att anpassa sig till livet efter hjärtinfarkten än män. **Syftet** med studien var att beskriva hur kvinnor upplever det dagliga livet efter en hjärtinfarkt. **Metoden** för studien var en litteraturöversikt av 10 kvalitativa artiklar. I **resultatet** framkom fem olika kategorier; *En förändrad livssituation* som innebär förändrad social roll och hur kvinnan hanterade livet efter hjärtinfarkten. *Förändrade relationer* beskriver hur relationerna till vänner, familj och arbetskamrater påverkas. *Behov av stöd* omfattar stödet som kvinnan behöver för att kunna hantera sin nya livssituation. *Den förändrade kroppen* tar upp vilka kroppsliga symtom som kan komma efter en hjärtinfarkt och *Känslomässiga reaktioner* beskriver det psykiska måendet som kom med den nya situationen. **Slutsatsen** är att kvinnorna ofta förlorar kontroll över det dagliga livet och är i behov av stöd både från vårdpersonal och närstående.

Nyckelord: transition, personcentrerad vård, stöd, hjärtinfarkt

Summary

Myocardial infarction is one of the most common causes of death in Sweden. It is common for the affected person to have difficulties managing the changes in his or her life situation caused by the disease both physically, mentally, socially and economically. Women have more often difficulties adapting to her life after a myocardial infarction than men do. **The aim** of this study was to describe how women experience daily life after a myocardial infarction. **The methodology** for this study was a literature review of ten qualitative studies. **The result** showed five different categories; *A changed life situation*, which describes changed social roles and how woman managed life after a myocardial infarction. *Changes in relationships*, which describes how relationships with friends, family and co-workers are affected. The category *Need of support* process the assistance that women need in order to manage their new life situation. *The changed body*, which involves the physical symptoms that can occur after a myocardial infarction and *Emotional reactions*, which describes the mental condition that accompanies the new situation. **The conclusion** is that women often lose control over their daily lives and are in need of support from both health care professionals and relatives.

Keywords: transition, person centered care, support, myocardial infarction, heart attack

Innehållsförteckning

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Fysiska-, psykiska- och sociala symtom	1
Transition	3
Syfte	4
Material och metod.....	4
Design.....	4
Urval och datainsamling.....	4
Dataanalys	6
Etiska överväganden	6
Resultat.....	7
Diskussion	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	13
Slutsatser	15
Kliniska implikationer.....	16
Referenser.....	17

BILAGOR

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod	Bilaga 1
Artikelmatris	Bilaga 2

Inledning

Under de yrkesverksamma år som sjuksköterskor har flertalet personer påträffats, vilka har genomgått en hjärtinfarkt. Denna kategori av personer har uppvisat oro genom att vara frekvent vårdsökande i efterförloppet. Erfarenheten talar för att personer som har drabbats av hjärtinfarkt är i stort behov av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Forskning styrker att behov av stöd både från sjukvårdspersonal och sociala nätverk är en viktig del i återhämtningen efter hjärtinfarkt (Juneag, Asplund, & Svedlund, 2014). I samband med att det kommit en ny patientlag från första januari 2015, arbetar nu hälso- och sjukvården mot att hitta vägar för att arbeta mer personcentrerat (SFS 2014:821). Följaktligen är det av intresse för yrkesverksamma sjuksköterskor, att undersöka hur vårdtagare upplever sin situation, detta för att kunna möta individen i den upplevda situationen med "professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet" (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2012).

Bakgrund

Hjärtinfarkt är en ischemisk hjärtsjukdom, vid ischemisk hjärtsjukdom blir blodtillförseln försämrad i något eller några av kranskärlen som syresätter hjärtat (Ericson & Ericson, 2012). Enligt Socialstyrelsens rapport gällande statistik för hjärtinfarkter i Sverige, fick ungefär 27 900 personer hjärtinfarkt under år 2013. Rapporten visar att förekomst av hjärtinfarkt stiger med åldern och att män nära har dubbelt så stor risk att drabbas jämfört med kvinnor (Socialstyrelsen, 2014). En orsak till att män drabbas i högre grad kan bero på att kvinnor har ett skydd genom östrogener fram till klimakteriet (Ericson & Ericson, 2012). Antal personer vilka har fått en hjärtinfarkt har sjunkit i stort sett årligen sedan 1990, likväl är hjärt-kärl relaterade sjukdomar idag främsta orsaken till dödsfall (Socialstyrelsen, 2014). Riskfaktorer för att drabbas av en hjärtinfarkt indelas i påverkbara- och icke påverkbara faktorer. Faktorer som går att påverka är rökning, högt blodtryck, diabetes, bukfetma och psykosocial påverkan så som stress. Icke påverkbara faktorer är hög ålder, manligt kön och ärftlighet för hjärt-kärl sjukdom (Rosengren et al., 2004).

Fysiska-, psykiska- och sociala symtom

Bröstmärta och tryck över bröstet är oftast det mest framträdande symtomet hos både kvinnor och män. Det karakteristiska för kvinnor är att de ofta har fler parallella symtom som obehag i bröstet, illamående, smärta i nacke, rygg och smärtstrålning upp i hals och käke (Løvlien, Schei & Gjengedal, 2006). En intervjustudie visade även diskreta förändringar i allmäntillståndet hos kvinnor som beskrevs som en känsla av att vara tung i bröstet, - utmattad eller att ha sömnstörningar (Albarran, Clarke & Crawford, 2007).

Kvinnors inlagring av kolesterol i kärlväggen, så kallad åderförfettning, ligger oftare mer utspridda i kranskärlen än hos män därför blir symtomen mer diffusa (Ericson & Ericson, 2012). Kvinnors symtom vid hjärtinfarkt kan lätt feltolkas, av både kvinnan själv och sjukvårdspersonalen, som muskulära-, skelett- eller bukrelaterade åkommor. Det uppstår då

en risk att kvinnor som drabbas inte får hjälp första gången de söker hjälp för besvären. Att kvinnor generellt lever längre samt fördröjning av att söka vård i tid vid en hjärtinfarkt, kan leda till ohälsa eller en direkt dödlig utgång (Løvlien et al., 2007; Murphy, Chen, Cannon, Antman & Gibson, 2002).

Forskning har visat att kvinnor har en benägenhet att själva hantera sina symtom istället för att söka sjukvårdens hjälp (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). I och med de ospecifika och egenartade symtomen förenklade och skyllde kvinnorna på faktorer som kroppsvikt, rökning och brist på motion hellre än att koppla symtomen till en pågående hjärtinfarkt. De upplevde även att smärtan inte stämde överens med deras förväntningar på hur en hjärtinfarkt borde kännas. Kvinnorna kände sig fåniga och många anförtrorde sig i första hand till familjemedlemmar innan sjukvårdens hjälp togs. En annan orsak till att kvinnan inte sökte vård var att hon upplevde sig leva hälsosamt och var för ung för att drabbas av en hjärtinfarkt (Albarran et al., 2007).

Det framkom att det var vanligt att individer som genomgått en hjärtinfarkt hade svårt att hantera sin förändrade livssituation i efterförloppet. Sjukdomen påverkade vardagen fysiskt, psykiskt, socialt och ekonomiskt (Brink, Karlson & Hallberg, 2002). Risken för depression och ångest hos kvinnor var störst de två första åren efter hjärtinfarkten, därefter accepterade kvinnorna sin nya livssituation. Vidare framkom det att mäns risk för psykiska besvär ökade efter två år, vilket berodde på att män hade svårare än kvinnor att anpassa sig till den förändrade vardagen (Bjerkset, Nordahl, Mykletun, Holmen & Dahl, 2005).

I en intervjustudie med drabbade kvinnor och män, framkom det att kvinnor oftare än män inte ville vara till belastning för närstående och valde därför istället att delta i aktiviteter som anordnades av sjukvården, till exempel hjärtrehabiliteringsprogram. Att träffa andra individer som genomgått hjärtinfarkt visade sig vara ett bra stöd eftersom kvinnorna ofta önskade att diskutera frågor som rörde sjukdomen. De som hade ett bra stöd drabbades av mindre rädsla och ångest. Behovet av stöd var genomgående för både kvinnor och män (Junehag et al., 2014). Forskning påvisade skillnader i eftervården av kvinnor och män, resultatet visade att kvinnor fick mindre information angående sin sjukdom och mindre rehabilitering än män. De upplevde även att de inte blev betrodda av vårdpersonalen när de berättade om sina hjärtproblem. Män fick även i högre utsträckning hjälp av hemtjänstpersonal med hushållsarbete (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2003). Kvinnor hade svårare att återhämta sig efter en hjärtinfarkt och det framkom att kvinnor generellt upplevde mer känslomässiga och fysiska symtom i efterförloppet än män (Garavalia et al., 2007).

Den första januari 2015 trädde en ny patientlag i kraft. Lagen syftar till att stärka och förtydliga individens ställning inom hälso- och sjukvårdsverksamhet genom en personcentrerad vård. Detta innefattar att "främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet" (SFS, 2014:821). Begreppet personcentrerad vård beskrivs som en process som positivt välkomnar personens möjligheter och livskraft även om denne är sjuk (Ekman et al., 2011).

Inom hälso- och sjukvården inleds processen med personens berättelse kring hur ohälsan upplevs i det dagliga livet och dennes livsvärld (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Ekman et al. (2014) beskriver att det första steget i det personcentrerade förhållningssättet är att personalen lyssnar lyhört, ställer öppna frågor och analyserar sedan i nära anslutning till samtalet vad som egentligen uttrycks. Därigenom kan individens behov, egna potential och vilja identifieras. Det personcentrerade förhållningssättet innefattar att stödja personen att

finna sin eventuellt nya identitet både som person och i sociala sammanhang. Steg två i den personcentrerade processen är en viktig del då ett partnerskap mellan vårdpersonal och personen skapas. Partnerskapet uppstår då information delas och ett ”ömsesidigt delande och beroende” träder in. Genom att sjuksköterskan får ta del av personens berättelse blir uppgiften att förstärka de resurser personen har för att sträva mot hälsa. Tillsammans kan sedan en personlig hälsoplan skapas som bygger på personliga behov, förutsättningar och erfarenheter, och evidensbaserad kunskap. Till sist säkerställs den personliga hälsoplanen genom att dokumentera vad som är planerat och genomfört under vårdtiden (Ekman et al., 2014). Personcentrerad vård har visat sig bidra till ökad tillfredsställelse och bättre hälsoreultat. Individens följsamhet i olika behandlingsstrategier ökar (Ekman et al., 2011).

Transition

Omvårdnadsforskaren Afaf Meleis har utvecklat begreppet transition. Schumacher & Meleis (1994) beskriver att begreppet kan förklaras som en övergångsprocess där personen passerar från ett tillstånd till ett nytt okänt tillstånd. Transition utlöses av kritiska händelser och förändringar som sker hos individen eller i miljön. Transitionsupplevelsen börjar så snart en händelse eller förändring inträffar.

Det finns olika varianter av transition och tre av dem är relevant för sjuksköterskan att känna till. Utvecklingsrelaterad transition berör de naturliga faser i livet då det sker en förändring, som till exempel klimakteriet, pubertet eller att bli förälder. Situationsrelaterad transition innefattar bland annat förändring i yrkesrollen, att bli änka, att flytta in på äldreboende eller en nära döden upplevelse. Hälsa- och sjukdomsrelaterad transition beskriver processen när en person genomgår förändring relaterat till hälsa, välmående och förmågan att ta hand om sig själv. I denna process behöver personen ändra uppfattning av sig själv i det sociala sammanhanget. Detta uppnås genom att ha förmågan att ta till sig ny kunskap och därmed ändra sitt beteende (Schumacher & Meleis, 1994). Sjukdomsrelaterad transition blir aktuellt när en person till exempel drabbas av en hjärtinfarkt. Personen genomgår då processen för att kunna hantera den nya livssituationen som sjukdomen medför. Först får personen symptom, därefter ställs diagnosen och i samband med den sätts relevanta behandlingsåtgärder in. Därefter anpassar sig personen till sin nya situation genom rehabilitering, återhämtning och reflektion (Schumacher & Meleis, 1994).

Schumacher & Meleis (1994) har identifierat sex viktiga faktorer som påverkar personens upplevelse av transition. *Mening/ Betydelse* hänvisar till hur individen upplever sin transition och den egna bedömningen av hur transitionen påverkar dennes liv. Transitionens betydelse för hur individens liv påverkas kan uppfattas positivt, neutralt eller negativt. Transitionen kan komma ofrivilligt eller vara en önskad övergång i livet. Väsentligt för individen är att förstå meningen med transition för att kunna förstå upplevelsen. *Kunskapsnivå* som en faktor inverkar på hur väl individen kan hantera den nya situationen. Vid förändrad hälsa uppstår en osäkerhet och då behövs kunskap och information för att kunna hantera och övervinna den. *Omgivningens* påverkan innefattar stöd från närstående och sjukvårdspersonal. De individer som får bristfälligt stöd klarar transitionen sämre och detta kan leda till en känsla av maktlöshet, frustration och förvirring. *Planering* av processen påverkar hur hanterbar situationen blir för individen. Att kunna identifiera frågor, problem och behov som uppstår är viktigt. Det är också av vikt att veta vilka *nyckelpersonerna* i transitionsprocessen är. Nyckelpersonerna innefattar de personer som genomgår transition och de som är ett stöd för

individ. *Emotionellt och fysiskt välbefinnande* beskriver hur individen upplever psykiska besvär, till exempel stress, ångest, depressiva symtom och osäkerhet. Dessa symtom kan leda till en känsla av att inte kunna hantera sin situation och det uppstår en känsla av osäkerhet. Ett gott fysiskt välbefinnande hjälper till att leda processen i positiv riktning eftersom det underlättar för individen som är drabbad. Sammantaget så kan sjuksköterskan vara ett stöd i transitionsprocessen men framtida forskning kan komma att hitta nya faktorer som är av vikt för en smidig transitionsprocess (Schumacher & Meleis, 1994).

Syfte

Att beskriva hur kvinnor upplever det dagliga livet efter en hjärtinfarkt.

Material och metod

Design

Vald design för studien är en litteraturoversikt av kvalitativ forskning (Friberg, 2012a). Detta för att klargöra vad befintlig forskning funnit beträffande kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt. Den kvalitativa analysen är passande då den inriktar sig på att tolka, skapa sammanhang och förståelse av människors upplevelser kring ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval och datainsamling

Inklusionskriterier för litteraturoversikten var kvinnor över arton år som genomgått en hjärtinfarkt. Vidare inkluderades artiklar med fulltext och abstract tillgängligt, -skriftspråk engelska, -peer reviewed granskade och publicerade mellan årtalen 2005- 2015. Vi valde kvalitativa artiklar då dess resultat beskriver känslor och upplevelser. Artiklar där resultatet inte gick att separera om det var mäns eller kvinnors upplevelser exkluderades. Databaser som användes var CINAHL, PsychINFO, Pub Med och Medline. Inledningsvis gjordes en testsökning för att få en bild av hur ämnet tidigare studerats (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2014). I testsökningen användes sökorden *Myocardial Infarction AND experienc** OR *perceptions AND Quality of Life AND wom*n*. När sökordet *Quality of Life* användes resulterade det i för få träffar i de olika databaserna vilket gjorde att det ordet byttes ut till *Daily Life*. I den första sökfase användes sökordet *perception* med trunkering (*) i slutet för att fånga upp ordets olika böjningsformer (Forsberg & Wengström, 2013; SBU, 2014). Trunkeringen togs bort på grund av att det blev för många irrelevanta träffar (SBU, 2014). Sökorden valdes utifrån syftet med hjälp av ämnesordlistor och fritextsökning (Forsberg & Wengström, 2013; Östlundh, 2012). En boolesk sök teknik användes för att smalna av antalet sökträffar (SBU, 2014; Östlundh, 2012). Kombinationer av sökorden och antal träffar redovisas i översiktstabeller (Tabell 1-4). För att hitta relevanta artiklar som svarade på syftet så lästes först rubriken och därefter abstractet om rubriken var intressant.

Om abstractet svarade mot syftet hämtades fulltext versionen av artikeln. Slutligen valdes 13 artiklar ut för vidare relevans- och kvalitetsgranskning (Wallengren & Henricson, 2012). Inkluderade artiklar har granskats och värderats utifrån ett protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod (Bilaga 1). För att artiklarna skulle inkluderas i resultatet var de fyra första frågorna tvungna att besvaras med JA, därefter besvarades övriga åtta frågor. För att artikeln skulle godkännas skulle det vara minst tio JA svar totalt. Dubletter valdes bort i samband med rubrikgenomgången av träffresultaten i databaserna. Tio artiklar svarade mot syftet och användes till resultatet. De övriga tre artiklarna svarade inte JA på alla fyra första frågorna i protokollet med kvalitetskriterierna. Sju av dessa artiklar kom från Sverige, de övriga kom ifrån Danmark, Storbritannien och USA (Bilaga 2).

Tabell 1. Sökning i CINAHL, 15-02-27

Sökord:	Antal träffar:	Lästa titlar:	Lästa abstract:	Kvalitetsgranskade:	Till resultat:
Myocardial Infarction	1050				
AND experienc* OR perception	4176				
AND Wom*n	767				
AND Daily life	166	166	21	6	5

Tabell 2. Sökning i PsychINFO, 15-02-27

Sökord:	Antal träffar:	Lästa titlar:	Lästa abstract:	Kvalitetsgranskade:	Till resultat:
Myocardial infarction	1044				
AND experienc* OR perception	209				
AND wom*n	69	69	13	3	3
AND Daily life	4				

Tabell 3. Sökning i Pubmed, 15-02-27

Sökord:	Antal träffar:	Lästa titlar:	Lästa abstract:	Kvalitetsgranskade:	Till resultat:
Myocardial infarction	10009				
AND experienc* OR perception	18348				
AND wom*n	338				
AND daily life	34	34	1	0	0

Tabell 4. Sökning i Medline, 15-02-27

Sökord:	Antal träffar:	Lästa titlar:	Lästa abstract:	Kvalitetsgranskade:	Till resultat:
Myocardial Infarction	5797				
AND experienc* OR perception	16181				
AND wom*n	2158				
AND daily life	558	558	34	4	2

Dataanalys

Analysprocessen genomfördes gemensamt med utgångspunkt enligt Fribergs (2012b) analysmodell av kvalitativ forskning. Inledningsvis lästes artiklarna i sin helhet med fokus på resultatdelen för att få en uppfattning om innehållet. Artiklarnas resultat analyserades enskilt och sedan jämfördes och diskuterades resultaten av analysen gemensamt. I samband med detta urskildes studiernas nyckelfynd och dessa sattes i relation till uppsatsens syfte. Dessa nyckelfynd sammanställdes sedan på ett papper för att få en överblick av materialet. Sedan identifierades likheter och skillnader mellan de funna nyckelfynden för att kunna skapa nya kategorier. Uppsatsens syfte hölls hela tiden i minnet för att besvara syftet. Slutligen presenterades resultatet utifrån de nya kategorierna i löpande text (Friberg, 2012b). Under analysprocessen har författarna även tagit ställning till sin förförståelse kring det område som studerats (Forsberg & Wengström, 2013).

Etiska överväganden

Artiklar vilka har inkluderats i resultatet har fått tillstånd från etisk kommitté eller fört ett noggrant etiskt resonemang (Vetenskapsrådet, u.å.). Alla innefattade artiklar har redovisats och artiklarnas resultat har framställts på ett sanningsenligt sätt (Forsberg & Wengström, 2013). De fyra centrala principerna; autonomiprincipen, nyttoprincipen, inte skada-principen och rättvisepincipen har beaktats under artikelgranskningens gång med hänsyn till att litteraturoversikten bygger på kvalitativa intervjustudier (Kristensson, 2014).

Resultat

Vid analys av resultatet identifierades fem kategorier som belyser hur kvinnorna upplever det dagliga livet efter en hjärtinfarkt. Kategorierna beskriver hur kvinnan upplever sin situation ur olika perspektiv.

En förändrad livssituation

Efter hjärtinfarkten förändrades kvinnans roll. I hemmet var hon inte längre den person som hade huvudansvaret för vården av barnen och hushållsarbetet. Kvinnor beskrev hur rollen med barnen förändrades, de talade om vad hon skulle göra och inte fick göra (Stevens & Thomas, 2012; White, Hunter & Holttum, 2007). Vidare beskriver Stevens & Thomas (2012) att sjukdomen upplevdes hämma friheten i vardagen, till exempel vågade inte kvinnor gå ut i trädgården och klättra upp på en stege i fall att yrsel eller smärta skulle uppkomma. Kvinnor vågade inte heller hålla igång med fysisk aktivitet som tidigare på grund av rädsla för symtom. Direkt efter hemkomst från sjukhuset beskrevs ibland en rädsla för att vara ensam, det fanns en önskan att anhöriga skulle vara närvarande hela tiden och kontrollera kvinnornas mående. (Stevens & Thomas, 2012). Funderingar hos kvinnorna dök upp kring jobbsituationen, med tanke på de symtom de led av, till exempel trötthet var det svårt att hitta styrkan till att arbeta igen. De kände stress över att ingen annan skulle göra deras jobb om de inte började arbeta igen och det var ekonomin som styrde när kvinnorna återgick till arbete (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). Kvinnor fick stöttning av sina arbetskamrater genom en förståelse av deras problematik med trötthet och orkeslöshet. Kvinnorna i sin tur försökte påverka sina arbetskamrater att dra ner på tempot i och med sina erfarenheter av hjärtinfarkten (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008). Det var vanligt att kvinnor valde att sluta arbeta eller minska på arbetstimmar (White et al., 2007). Efter hjärtinfarkten reflekterade kvinnorna över sin livssituation och förhandlade med sig själva för att finna motivation till livsstilsförändringar, så som att ändra kosten, sluta röka och prioritera sig själva (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005, Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011). Det var svårt för kvinnorna att sluta röka trots medvetenheten om att det var nödvändigt. Rökstoppet påverkade det dagliga livet genom att de blev emotionellt ostabila och de gick upp i vikt. De var inte ovanligt att det blev ett bakslag och de tog till en cigarett som tröst (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007).

Kvinnor berättade att den verkliga utmaningen kom efter utskrivning från sjukhuset där de kände sig trygga. Det blev svårigheter att återvända till arbetet med högt tempo och långa arbetsdagar och att ändra på gamla beteenden och vanor (White et al., 2007). Kvinnor beskrev att de fann nya värden kring sin sexualitet. De små sakerna i vardagen gav mening i det vardagliga livet till exempel utbyte av en blick, beröring eller att telefonen ringde från någon närstående hade större betydelse än innan hjärtinfarkten. Första tiden efter sjukdomsepisoden präglades samlivet av en försiktighet på grund av oro för att framkalla en ny hjärtinfarkt, denna tvekan och försiktighet var övergående (Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Efter hjärtinfarkten stannade kvinnorna upp i livet och reflekterade över sin livssituation, innehållande stress och ansvar. Ofta hade kvinnorna tagit ett stort ansvar både i hemmet och på arbetet. Kvinnorna ändrade sina prioriteringar efter sjukdomen och tänkte mer på den egna hälsan och välmåendet. För att få kraft till att utföra dagliga sysslor sökte kvinnorna vila i meningsfulla relationer, till exempel husdjur, musik, natur och

fritidsaktiviteter. Några kvinnor bytte arbete för att minska stressen i vardagen (Johansson Sundler et al., 2009; Kristofferzon et al., 2008; Sjöström-Strand et al., 2011). De yngre kvinnorna funderade mycket kring existentiella frågor. De funderade över varför just de hade fått en hjärtinfarkt och försökte hitta en förklaring (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna var ofta tacksamma för att leva och tänkte på hur bra de hade det. De såg på situationen som att de hade fått en andra chans. Viljan att överleva möjliggjorde motivation till livsstilsförändringar (Kristofferzon et al., 2008; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007).

Kvinnor beskrev behov av olika strategier för att hantera stressen efter hjärtinfarkten; att acceptera situationen och dra ner på tempot, be andra om hjälp och minska kraven på sig själva och inte känna skuld för att ta plats. Detta kunde kännas svårt då en del kvinnor beskrev att de kände sig själviska när de tog upp plats, till exempel när de bad om hjälp (Kristofferzon et al., 2008). Att minimera känslor av osäkerhet och ångest var en copingstrategi för en del kvinnor. Detta bidrog till att de kunde fortsätta sina liv som innan hjärtinfarkten (Brink, Karlson & Hallberg, 2005). Tankar och frågor om livet kom gradvis. När kvinnorna reflekterade över sin situation fick de ökad förståelse om sig själva och sin kropp. Att samtala kring sin situation var viktigt i hälsoprocessen (Johansson & Ekebergh, 2006).

Förändrade relationer

Kvinnorna upplevde att nära anhöriga ändrade sitt bemötande mot dem genom att vara extremt överbeskyddande, till exempel ville de inte att kvinnorna skulle åka på resor ensamma. Kvinnorna upplevde sig hämmade av anhörigas oro och livet kändes inte meningsfullt (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). Studier visade att kvinnorna inte vågade följa med på utflykter de brukade göra tidigare på grund av rädslan för att det skulle vara för fysiskt ansträngande och leda till en ny hjärtinfarkt (Søderberg, Johansen, Herning & Berg, 2013). Vidare beskriver Kristofferzon et al. (2008) att trots rädslan så ökade betydelsen av att hitta på aktiviteter med familj och vänner. Aktiviteter var däremot tvungna att anpassas efter hur mycket kvinnorna orkade. Närstående kunde vara oförstående för hur den drabbade hade påverkats efter hjärtinfarkten av till exempel trötthet, detta resulterade i att kraven kunde vara för stora. Detta kunde bli komplicerat då kvinnorna själva hade krav på sig att inte vara till börda för andra (Kristofferzon et al., 2008). Det fanns en vilja att skydda familjemedlemmar genom att inte visa oro över sin livssituation. Kvinnorna ville visa att de fortfarande var starka och orkade ta hand om familjen (Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna försökte skydda anhöriga från att uppleva oro över sjukdomen. Till exempel så användes symtomlindrande läkemedel i smyg och ibland var det kvinnan själv som agerade stöd för de anhöriga genom sjukdomen (White et al., 2007). Kvinnor skyddade anhöriga även genom att minimera sina upplevda symtom och det framkom också att de dröjde med att söka vård för att inte störa sjukvården (Kristofferzon et al., 2005). Efter hjärtinfarkten så påverkades vänrelationerna negativt i den mening att vännerna slutade höra av sig när de skulle göra saker. Detta grundade sig i en osäkerhet och rädsla för att en ny hjärtinfarkt skulle inträffa (Johansson Sundler et al., 2009).

Søderberg et al. (2013) beskriver att kvinnor upplevde att de hade ett större behov av närhet och intimitet efter hjärtinfarkten, vilket kunde leda till en obalans i den sexuella relationen. Partners sexuella lust var oförändrad och kvinnorna hade svårt att prata om den minskade lusten med sin partner. För några kvinnor var den sexuella lusten oförändrad eftersom den i

dessa fall inte heller var av stor vikt innan hjärtinfarkten. Kvinnor upplevde en positiv förändring i sitt förhållande genom den ökade ömheten och närheten som uppstod med partnern (Søderberg et al., 2013). De nära och meningsfulla relationerna visade sig vara viktiga för kvinnans välmående och strävan efter att återfå hälsan. Bra relationer involverade en ömsesidig samhörighet, och i en dålig relation saknades känslan av att höra ihop vilket skapade tomhet, ensamhet och ilska (Johansson Sundler et al., 2009).

Behov av stöd

Kvinnorna upplevde ett ökat behov av stöd på grund av en osäkerhet som uppstod i vardagen efter hjärtinfarkten. De kvinnorna som levde i ett förhållande uppgav att partnern var en tillgång i tillfrisknandet. Det visade sig att närhet och kontakt gav energi, lust och glädje i kvinnans liv och därmed minskade hennes sårbarhet. Även änkor kunde hitta kraft i minnen av tidigare äktenskap (Johansson Sundler et al., 2009; Kristofferzon et al., 2005). Partnern beskrevs som en god lyssnare för kvinnan som tog henne på allvar, ibland kunde dock partnern vara överbeskyddande (Kristofferzon et al., 2005). Kvinnor upplevde att ett gott stöd från familjen bestod i att det dagliga livet fick vara så oförändrat som möjligt. Detta uppnåddes genom att kvinnan själv fick be om hjälp med praktiska sysslor och att familjen fanns där som stöd i fall hon ville prata (Sjöström-Strand, et al., 2011; White et al., 2007). I bland uteblev stödet från familjen och då blev det svårt för kvinnan att förändra sitt dagliga liv (Sjöström-Strand et al., 2011). Drabbade kvinnor upplevde att stödet de fått löfte om från kommunens hemtjänst inte uppfylldes. De fick då en känsla av att ingen brydde sig om dem och detta ledde till en känsla av ensamhet och nedstämdhet (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007).

Kvinnorna upplevde att deras upplevelser i efterförloppet inte alltid togs på allvar av sjukvårdspersonal. Detta resulterade i en känsla av att de var mindre värda. Osäkerheten ökade när de inte fick den information de behövde från hälso- och sjukvårdspersonalen. De upplevde att deras frågor blev obesvarade och de kände sig ignorerade (Kristofferzon et al., 2008; Sjöström-Strand et al., 2011). Trots missnöjet uttryckte de ändå en belåtenhet och uppgav att de hade blivit väl omhändertagna. Behov av mer information angående symtom, känslor, hjärtats kondition, behandlingar och hjärträning saknades (Kristofferzon et al., 2008). Muntlig och skriftlig information i kombination upplevdes nödvändig och det framkom att informationen från sjuksköterskan var uppskattad då den var enklare att förstå än läkarens information. I samtal med sjuksköterskan gick det då lättare att föra en dialog (Kristofferzon et al., 2005). Vidare beskriver Johansson & Ekeberg (2006) att kvinnorna upplevde att de inte hade kontroll över sin situation eller sin kropp, och det var svårhanterbart eftersom de blev beroende av sjukvårdspersonalens kunskaper för att kunna leva hälsosamt. Kvinnorna kände sig inte delaktiga på grund av att livserfarenheter ignorerades från sjukvården. Då sjukvårdspersonalens perspektiv grundade sig enbart i sjukdomen uppstod en känsla av att bara vara en diagnos som ska behandlas. Kvinnorna upplevde brist av stöd och detta gjorde det svårt för kvinnorna att påbörja sin hälsoprocess (Johansson & Ekeberg, 2006).

Första tiden efter hemkomst från sjukhuset uppkom det många frågor kring sjukdomen och livssituationen, men kvinnorna avvaktade att ta kontakt med sjukvården för att de inte ville störa och att de redan hade ett planerat uppföljningssamtal. Under uppföljningssamtalet fanns det ingen tid för kvinnornas frågor och ingen frågade om deras tankar och behov. De fick då en känsla av att det inte fanns något intresse från sjukvårdens sida att ta reda på hur

hjärtinfarkten hade påverkat kvinnornas livssituation. Detta resulterade i att återhämtningen efter hjärtinfarkten fördröjdes eftersom en osäkerhet då uppstod (Johansson & Ekebergh, 2006).

Kvinnorna saknade information från vårdpersonal angående hur första tiden vid hemkomst kunde upplevas, både fysiskt och psykiskt. De beskrev avsaknad av information om den känsla av kroppslig utmattning som uppstod efter en hjärtinfarkt (Stevens & Thomas, 2012). Sjukvårdspersonalen informerade inget om hur samlivet kunde påverkas efter hjärtinfarkten. Kvinnorna uttryckte att det hade varit bra att lyfta frågan innan hemgång. De ville att information från sjukvården angående samlevnad även skulle ges till deras partner eftersom de fysiska konsekvenserna av en hjärtinfarkt är osynliga (Søderberg et al., 2013). Stöd från läkare, sjuksköterskor och dietist beskrevs som nödvändigt för att få en följsamhet i medicinska behandlingar, kostrekommendationer och livstilsförändringar till exempel rökavvänjning (Sjöström-Strand et al., 2011). Kvinnorna kände det som ett misslyckande att kroppen var i behov av medicinering för att fungera. De hade önskat att sjukvårdspersonalen hade informerat mer om varför alla mediciner behövdes (Sjöström-Strand et al., 2011).

De yngre kvinnorna upplevde att hjärtrehabiliteringsgrupper inte gav det stöd de behövde, eftersom fokus blev på de äldre kvinnornas problem exempelvis på andra kroniska sjukdomar. Kvinnor upplevde de mårde bättre av att få stöd från närstående då det inte blev så sjukdomsinriktat (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007, White et al., 2007). I intervjustudier framkom det dock att hjärtrehabiliteringsgrupper även upplevdes positivt genom utbyte av upplevda erfarenheter av personer i samma situation (Kristofferzon et al., 2005; White et al., 2007). Hjärtrehabiliteringsgruppen gav även kvinnorna styrka att lita på sina egna förmågor och testa sina gränser, prioritera sig själva och hantera medicinsk behandling och upplevda symtom (Kristofferzon et al., 2005).

Den förändrade kroppen

Sjukdomen begränsade kvinnans livsvärld på grund av att kroppen hade minskad kraft. Trötthet var ett av de främsta problemen efter hjärtinfarkten och ledde till utmattning och energibrist (Brink et al, 2005; Johansson Sundler et al., 2009; Søderberg et al., 2013). Efter hemkomst från sjukhuset upplevde kvinnorna extrem trötthet, de blev frustrerade och stressade då de inte kunde ta hand om hemmet i samma utsträckning som tidigare. Det var svårt för kvinnorna att se hushållsarbetet ligga efter (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). I samband med sexuell aktivitet var kvinnorna vaksamma på kroppsliga symtom, till exempel andnöd, hjärklappning eller generell smärta. Symtomen minskade njutningen av samlag och hur ofta samlag genomfördes (Søderberg et al., 2013). De äldre kvinnorna upplevde att deras hälsa var oförändrad efter hjärtinfarkten på grund av att de hade flera grundsjukdomar sedan tidigare. Kvinnor beskrev biverkningar av sin blodtrycksmedicin i form av svullna ben. Fortfarande fem år efter hjärtinfarkten hade kvinnorna stora hälsobesvär. De främsta besvären var trötthet och energibrist, detta kunde yttra sig i behov av vila efter fysisk aktivitet eller ett behov av att lägga sig tidigt på kvällen (Brink et al 2005; Sjöström-Strand et al., 2011).

Hjärtinfarkten resulterade i att de drabbade inte längre kunde lita på sin kropp. De kände att de inte hade kontroll över huruvida en ny hjärtinfarkt skulle inträffa. Kvinnor beskrev att de gärna hade stannat hemma längre från arbetet efter hjärtinfarkten, eller slutat att arbeta helt på grund av trötthet men ekonomin tillät inte detta (Sjöström-Strand et al., 2011). De vanligaste symtomen efter hjärtinfarkten var trötthet, andfåddhet, bröstsmärta och generell smärta i

kroppen (Kristofferzon et al., 2005; Stevens & Thomas, 2012). Kvinnor beskrev upplevelser av permanenta problem med minnet och koncentrationen efter hjärtinfarkten (Kristofferzon et al., 2005) och att kroppen var förändrad i form av svullna ben och livet kretsade kring mediciner (Stevens & Thomas, 2012). En osäkerhet i det dagliga livet uppstod när de inte längre kunde lita på sina kroppar. Osäkerheten bestod av att de var osäkra på sin hälsa och hade svårt att förstå hur kroppen egentligen mårde (Johansson & Ekeberg, 2006). Kvinnorna hade fått rekommendation att hålla igång fysiskt men de var osäkra på hur hårt det vågade anstränga sig (Stevens & Thomas, 2012). Brink et al. (2005) fann i sin studie att motivationen att fortsätta med aktiviteter i dagliga livet efter hjärtinfarkten var stark. Kvinnorna insåg att förändringar var nödvändiga eftersom trötthet var ett dominerande symtom som ledde till att de inte orkade lika mycket som tidigare.

Känslomässiga reaktioner

Kvinnor beskrev en känsla av ensamhet som kunde leda till att kvinnan kände sig mer sårbar och hade svårt att finna någon mening, detta resulterade i oro och rädsla. När kvinnan upplevde brist av stöd uppkom i vissa fall ilska och bitterhet över hur livet hade förändrats efter hjärtinfarkten (Johansson Sundler et al., 2009). Kvinnorna upplevde förlorad kontroll över det dagliga livet, vilket medförde oro och stress. Symtom som påminde om hjärtinfarkten resulterade i oro och rädsla och ledde till frekventa besök på akutmottagningen (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). Ilska och frustration upplevdes när människor runt omkring kvinnorna var överbeskyddande och talade om för dem vad de skulle göra och inte göra. Den förlorade självständigheten gav sig till uttryck i nedstämdhet (White et al., 2007).

Ofta upplevde kvinnorna att de inte kunde lita på sina kroppar och detta resulterade i rädsla och oro. De var rädda för att få en ny hjärtinfarkt och upplevde en rädsla för döden. De ville finnas till för sina barn och barnbarn (Sjöström-Strand et al., 2011; Stevens & Thomas, 2012). Symtom på bröstsmärta tolkades ofta av kvinnorna som en ny hjärtinfarkt, detta resulterade i panikkänslor och svårigheter att andas. Kvinnor beskrev att de blev medvetna om sitt hjärta på ett annat sätt än innan. Detta berodde på deras oro kring att en ny hjärtinfarkt kunde resultera i hjärtoperation eller död (Sjöström-Strand et al., 2011). Då kvinnor hade svårt att tolka sina symtom vid insjuknandet, ledde symtom i efterskedet till ångest och rädsla för att få en ny hjärtinfarkt (Kristofferzon et al., 2005). En fråga som kvinnorna grubblade mycket över var varför just de fick en hjärtinfarkt, och de kände ett missnöje med att vårdpersonal inte gav svar på den frågan. Brist på kunskap bidrog till en rädsla och osäkerhet hos kvinnorna, rädslan för att en ny hjärtinfarkt skulle uppkomma kunde hålla i sig i flera år efter hjärtinfarkten (Stevens & Thomas, 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ forskning beskriver upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov utifrån en persons livssituation (Segesten, 2012). Då syftet var att besvara hur kvinnor upplever vardagslivet efter hjärtinfarkt ansågs det lämpligt att göra en litteraturöversikt av kvalitativ forskning. Kvantitativa studier exkluderades då de inte beskriver upplevelser och det går heller inte att göra en exakt jämförelse av resultaten i kvantitativ respektive kvalitativ forskning (Friberg, 2012a). Det kan dock innebära en svaghet för resultatet att kvantitativa studier exkluderats då det kan ge ett bredare perspektiv eftersom det är fler deltagare i kvantitativa studier. Då ingen systematisk litteraturöversikt gjorts kan det ha begränsat resultatets omfång. Eftersom en systematisk litteraturöversikt är mer tidskrävande fanns inte möjligheten att välja den metoden (Rosén, 2012).

Sökningsförfarandet är redovisat i tabeller vilket är en styrka enligt SBU (2014) eftersom det bidrar till hög tillförlitlighet. Databaser som användes var CINAHL, PsychInfo, Pub Med och Medline då dessa databaser innehåller omvårdnadsforskning (SBU, 2014). Det ses som en styrka att sökningarna gjordes i flera olika databaser och att sökorden togs fram både med hjälp av ämnesordlista och fritextsökning (Forsberg & Wengström, 2013; Östlundh, 2012). Anmärkningsvärt var att Medline genererade stort antal träffar med samma sökord som användes i de övriga databaserna. Justering av sökorden prövades genom att använda synonymordlistan tesaurus, detta hjälpte dock inte till att avgränsa antalet träffar. Alla titlar lästes för att minska risken för att relevanta artiklar skulle utelämnas. Gallringen var enkel då flera titlar handlade om helt andra områden. Genom en testsökning säkerställdes det att adekvata sökord användes (SBU, 2014).

Ett inklusionskriterie var att studierna skulle vara utgivna mellan åren 2005-2015. Trots att tidigare publicerade artiklar hittades som besvarade syftet gjordes bedömningen att omvårdnadsforskning inom hjärtsjukvården är under snabb utveckling, och individens position har även stärkts genom att delaktighet och medbestämmande i vården har ökat (SFS 2014:821). Om äldre studier hade inkluderats skulle det då kunna finnas en risk att få ett daterat resultat vilket kunnat bidra till en lägre trovärdighet. Tre artiklar i resultatet hade studerat både män och kvinnor, dessa kunde användas då det gick att urskilja hur kvinnor hade besvarat studiernas syfte. I studiernas resultat fanns det citat från de intervjuade kvinnorna, detta kan ses som en styrka på grund av att det är kvinnans egna ord och inte artikelförfattarens tolkning. Det kan ses som en svaghet att fler studier som inkluderade enbart kvinnor inte fanns att tillgå. Nio inkluderade artiklar är etisk godkända vilket ses som en styrka.

Tio av de tretton artiklarna gick igenom kvalitetsgranskningen. Ur en helhetsbedömning av artiklarna ses resultatet som trovärdigt då de tillsammans inkluderar hela 99 intervjuade kvinnor. I resultatet av artiklarna framkom liknande upplevelser så även om fler studier inkluderats är det sannolikt att resultatet hade blivit likvärdigt. I en av studierna var bortfallet 24 stycken av 35 tillfrågade deltagare. Valet föll trots bortfallet på att inkludera artikeln till resultatet eftersom att den efter granskning tolkades att vara av hög kvalitet och resultatet var djupt och innehållsrikt (Bilaga 2). De som valde att inte delta i studien var i likvärdig ålder som de deltagande kvinnorna. Anledningar till att ej delta kunde vara på grund av att de

hade andra kroniska sjukdomar som begränsade kvinnorna att delta, eller att de inte var sexuellt aktiva.

I sju av tio artiklar hade svenska kvinnor intervjuats vilket ses som en styrka då resultatet tolkas vara överförbart till svenska kvinnor. Det är dock upp till läsaren att avgöra överförbarheten då det är en tolkningsfråga. Litteraturöversiktens pålitlighet stärks genom att studiernas resultat genomgått grundligt både enskilt och gemensamt. För att undvika att författarnas förståelse har påverkat resultatanalysen har frågor kritiskt ställts och återkoppling till ursprungskällan har gjorts kontinuerligt. Genom återkoppling och diskussion tillsammans med medbedömare erhålls bekräftelsebarhet (Wallengren & Henricson, 2012).

Efter individuell analys av studiernas resultat jämfördes de funna nyckelfyndigen gemensamt. Analysprocessen resulterade i ett stort antal nyckelord. Kategorier skapades för att resultatet skulle presenteras på ett överskådligt sätt, men detta upplevdes som en svårighet då kategorierna gick in i varandra och flera nyckelord passade under flera kategorier. Kategorierna uppkom ur att nyckelfyndigen speglades utifrån olika perspektiv i de drabbade kvinnornas liv. Resultatet blev djupt och innehållsrikt vilket stärker trovärdigheten (Wallengren & Henricson, 2012).

Resultatdiskussion

I resultatet visade det sig att kvinnors upplevelser av att delta i en hjärtrehabiliteringsgrupp varierade. Kvinnor upplevde det positivt när de fick utbyta sina tankar och erfarenheter tillsammans med andra kvinnor i samma situation. Yngre kvinnor upplevde ibland att det blev för mycket diskussion omkring mediciner och andra sjukdomar. Dessa varierande upplevelser berodde med största sannolikhet på att stödgrupperna inte var anpassade efter den enskilda kvinnans behov. Tidigare forskning har visat att professionellt stöd efter en genomgången hjärtinfarkt är av stor vikt för att kunna hantera sin situation och att grupperna måste anpassas efter kvinnornas behov med hänsyn till ålder och familjesituation. Genom att anpassa hjärtrehabiliteringsgrupperna till individer som deltar leder det till mindre osäkerhet och bättre hälsa hos de drabbade kvinnorna (Wieslander, Baigi, Turesson & Fridlund, 2005). Det kan vara värdefullt för sjuksköterskan att hospitera i en hjärtrehabiliteringsgrupp för att öka förståelsen av de drabbade kvinnornas rehabiliteringsprocess. Genom ökad förståelse kan sjuksköterskan lättare skapa en personlig hälsoplan tillsammans med den drabbade kvinnan. Att göra den personliga hälsoplanen kan underlättas genom att tillämpa personcentrerad vård, då hänsyn tas till kvinnans behov, förutsättningar och förväntningar (Ekman et al., 2011). Det är viktigt att informera kvinnorna om att stödgrupper finns att tillgå och få kvinnorna motiverade till att delta i grupperna. Stöd från sjuksköterskan bidrar till att kvinnorna erhåller kunskap och information om sitt tillstånd. Denna kunskap bidrar till att de drabbade lättare kan hantera sin livssituation och kan gå vidare i transitionsprocessen (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

I resultatet framkom det att en del kvinnor upplevde svårigheter att sluta röka. I en studie visade det sig att hjärtrehabiliteringsgruppen kunde ge stöd till kvinnorna när det gällde rökavvänjning och att äta hälsosam mat. Flera kvinnor uppgav dock att det var svårt att sluta röka trots rekommendationer. En orsak till svårighet till rökstopp var att kvinnorna upplevde att de blev nedstämda (Schou, Østergaard Jensen, Dorthe Zwisler, & Wagner, 2008). Kvinnor behöver stöd av sjuksköterska för att finna motivationen och viljan att sluta röka. En viktig transitionsfaktor för att kvinnan ska finna motivationen till att sluta röka är att hon har kunskap om varför det är viktigt med rökstopp (Schumacher & Meleis, 1994).

Sjuksköterskans uppgift blir att informera om risker med att fortsätta röka och även hälsovinster med att sluta röka. Genom kunskap kan kvinnan lättare förstå meningen med förändringen och chansen att lyckas med rökstopp ökar. Vid rökavvänjningssamtalet kan det vara värdefullt att en närstående är med. Om någon i kvinnans omgivning erhåller samma information kan den personen vara ett stöd i vardagen. Att finna mening med en förändring och stöd från omgivningen är en förutsättning i transitionsprocessen.

Kvinnorna saknade information från vårdpersonalen om hur första tiden vid hemkomst från sjukhuset kunde upplevas både fysiskt och psykiskt. Kvinnorna önskade även mer information kring medicinering och hur hårt de kunde anstränga sig fysiskt. Den upplevda bristen av information kan bero på att informationen gavs vid en tidpunkt då kvinnan inte var redo att ta till sig informationen. Schumacher & Meleis (1994) beskriver olika faktorer som påverkar hur en individ kan ta till sig ny kunskap under transitionsprocessen. När en person drabbas av en plötslig förändring i livet leder det till stress vilket resulterar i att personen har svårare att ta till sig ny information. Om en person har varit med om en liknande upplevelse i livet blir personen inte lika stressad. Innan hemgång från sjukhuset har kvinnan oftast inte hunnit börja reflektera över förändringen och tar därmed till sig information sämre (Schumacher & Meleis, 1994). För att göra situationen mer hanterbar för de drabbade kvinnorna är det viktigt för sjukvårdspersonalen att individanpassa informationen utifrån kvinnans situation (Decker et al., 2007; Ekman et al., 2011). Forskning har visat att individers behov av att vara delaktig i sin vård och att få information inte är tillfredsställande. Det framkom att personer hade önskemål att få ett telefonnummer till ansvarig vårdgivare innan hemgång att kunna ringa vid frågor (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2004). Genom ett samspel mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen kan frågor, problem och behov som uppkommer identifieras. Information ökar kvinnans kunskapsnivå och är ett viktigt steg i transitionsprocessen för att kunna hantera situationen bättre och uppleva trygghet i vardagen (Meleis et al., 2000). Det är av vikt att kvinnan får information innan hemgång både muntligt och skriftligt genom ett lättbegripligt språk. Det är nödvändigt att uppföljning sker i nära anslutning till hemkomst då det under den första tiden uppkommer många frågor och funderingar.

I resultatet framkom det att stöd från både anhöriga och sjukvården var viktigt för att kunna anpassa sig till sin nya livssituation. Om stödet upplevs otillräckligt klarar kvinnorna transitionsprocessen sämre och detta kan leda till en känsla av förlorad kontroll i tillvaron (Meleis et al., 2000). Några av de äldre kvinnorna upplevde att stödet de fått löfte om från kommunens hemtjänst inte uppfylldes, detta ledde till en känsla av ensamhet och depression. En ökad sårbarhet i vardagslivet uppstod tiden efter utskrivning från sjukhuset. De yngre kvinnorna hade svårt att hitta tillbaka till sin roll i hemmet och detta resulterade i en osäkerhet. Det är av vikt att göra en upp en personlig plan inför hemkomst för att skapa en trygghet för de drabbade kvinnorna. I en individanpassad vårdplan som utgår ifrån kvinnans behov och förmågor ökar kvinnans känsla av välbefinnande och det leder till att kvinnan känner sig trygg (Sutton, Rolfe, Landry, Sternberg & Price, 2012). I en personcentrerad vård ska sjuksköterskan i möjligaste mån säkerställa att kvinnorna har stöd från anhöriga eller insatser från kommunens hemtjänst, och bestämma hur uppföljningar från sjukvården ska ske. Vårdplaneringen bör ske tillsammans med kvinnan och eventuella anhöriga för att skapa en delaktighet i besluten som tas (Ekman et al., 2011).

Stöd var viktigt i återhämtningen. Partnern var av stor vikt för kvinnan för att bibehålla sitt välbefinnande. Närhet och kontakt gav energi, lust och glädje och minskade därmed hennes sårbarhet. Kvinnor upplevde att partnern var en god lyssnare och gav bekräftelse.

Ensamstående kvinnor som inte levde i någon relation kunde hitta meningsfulla relationer i till exempel husdjur, natur och fritidsaktiviteter. Det framkom också att de som hade avsaknad av meningsfulla relationer hade svårt att finna någon mening i tillvaron vilket bidrog till oro, rädsla och bitterhet över den förändrade livssituationen. I en transitionsprocess kan emotionell- och fysisk närhet öka kvinnans välbefinnande och hjälpa henne att acceptera sin livssituation och kunna gå vidare (Schumacher & Meleis, 1994). Sjuksköterskans uppgift blir att i transitionsprocessen hjälpa kvinnan att identifiera nyckelpersonerna som kan stödja kvinnan i sin förändrade vardag.

Det ökade behovet av närhet och minskad sexuell lust kunde i vissa fall leda till en obalans i den sexuella relationen. En del kvinnor upplevde att det var svårt att prata med sin partner om sin minskade lust. Det är viktigt för vårdpersonal att lyfta denna fråga tillsammans med kvinnan och partnern då stöd från omgivningen är en viktig faktor i transitionsprocessen Schumacher & Meleis (1994). Ibland är inte kvinnan medveten om vilka faktorer som kan skapa glädje och trygghet för henne. Sjuksköterskan kan hjälpa kvinnan att synliggöra viktiga faktorer i hennes liv som ökar välbefinnandet genom att tillämpa personcentrerad vård.

Genomgående för kvinnor i alla åldrar var rädslan för att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Rädslan kom bland annat ur svårigheten att tolka sina symtom och rädslan för att dö. De ville fortsätta leva för sin familj. Frågor som kvinnor ställde sig var vad som var orsaken till varför just de drabbats och sökte efter en förklaring. Denna frågeställning var speciellt framträdande hos yngre kvinnor. Forskning har visat att personer som lever nära döden har behov av stödjande samtal. De viktigaste faktorerna för sjuksköterskan är att i dessa samtal ha mod att vara närvarande, ta sig tid att lyssna lyhört och att inte alltid försöka hitta lösningar till problemen. För att sjuksköterskan ska känna sig bekväm med att prata om existentiella frågor behövs stöd av omgivningen i form av att kunna reflektera över olika situationer med arbetskamrater (Ekman et al., 2011; Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-Johansson, 2014). Genom att få utbildning i stödjande samtal kan sjuksköterskans trygghet i att möta personer nära döden stärkas. Det är viktigt att få tillräckligt med tid för samtalet när sjuksköterskan möter dessa personer. Att som sjuksköterska få tid att reflektera efteråt tillsammans med kollegor i en stöttande omgivning är nödvändigt. Genom det personcentrerade förhållningssättet är kvinnans upplevelser i centrum och ges tid att reflektera över sina känslor och upplevelser. Genom reflektion kan kvinnan finna mening i transitionsprocessen och därmed ha lättare att acceptera sin förändrade vardag.

Slutsatser

Resultatet visar variationer i upplevelser beroende på var i livet kvinnan befinner sig och hur hennes livssituation sedan tidigare sett ut. Efter en genomgången hjärtinfarkt förändras kvinnans livssituation både socialt, fysiskt och psykiskt. Det sociala livet påverkas genom att kvinnan blir mer beroende av hjälp från omgivningen och att hon inte längre kan hålla samma tempo i vardagslivet. Personer i omgivningen blev överbeskyddande och det upplevdes som en stor omställning i kvinnans liv. Kvinnan upplevde ett ökat behov av närhet och möten med närstående blev mer betydelsefulla än innan hjärtinfarkten. Den fysiska förändringen uttryckte sig genom extrem trötthet vilket begränsade kvinnans vardag. Den förlorade kontrollen över det dagliga livet gav upphov till en känsla av oro, stress och rädsla för att dö i en ny hjärtinfarkt. Samtal med sjukvårdspersonal, andra drabbade personer och nära relationer var viktigt för en positiv hälsoprocess. Det var också viktigt för kvinnorna att reflektera över sin

situation för att kunna komma vidare i livet. . Drabbade kvinnor är i behov av stöd under en lång period efter hjärtinfarkten. Det är viktigt att stöd finns både från hälso- och sjukvård och närstående.

Kliniska implikationer

Resultatet ger en vägledning för sjuksköterskan i mötet med kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt. Stora variationer av behov och upplevelser visar på vikten av personcentrerad vård. Genom att lyssna lyhört och ställa öppna frågor i mötet med kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt, skapas ett partnerskap där kvinnan och sjuksköterskan ömsesidigt kommunicerar. Delaktigheten främjar att kvinnans behov, egna potential och levda erfarenheter synliggörs. Tillsammans med sjuksköterskans evidensbaserade kunskap kan en adekvat personlig vårdplan upprättas.

Det är även betydelsefullt för sjuksköterskan att ha kunskap om transitionsprocessens olika faser. Genom kunskapen kan sjuksköterskan lättare stödja kvinnorna och få en förståelse för vad kvinnorna genomgår efter en hjärtinfarkt. I samtal med kvinnor kan frågor som uppkommer efter hjärtinfarkten, identifieras och besvaras av sjuksköterskan, vilket höjer kvinnors kunskap om sitt tillstånd vilket medför att de känner sig tryggare i vardagen. För att säkra kvinnans behov av stöd kan sjuksköterskan hjälpa till att identifiera vilka personer i kvinnans närhet som är betydelsefulla. När kvinnors frågor blir besvarade och bekräftas medför det att kvinnor känner sig trygga och kan på egen hand gå vidare i sin nya livssituation. För att öka sjuksköterskans förståelse för kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt är hospitering i en hjärtrehabiliteringsgrupp att rekommendera.

Om tidigare forskning hade inriktat sig på mer specifika åldersgrupper kunde resultatet ha blivit tydligare för de olika åldersgrupperna. Det finns behov av vidare forskning inom kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt då ett begränsat antal kvalitativa studier hittades.

Referenser

(*) = med i resultatet

Albarran, J. W., Clarke, B. A., & Crawford J. (2007). 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1292-1301. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01777.x

Bjerkeset, O., Nordahl, H. M., Mykletun, A., Holmen, J., & Dahl, A. A. (2005). Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 153-161. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.07.011>

Brink, E., Karlson, B. W., & Hallberg, L. R. -M. (2002). Health experiences of first-time Myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 5-16. Doi:10.1080/13548500120101522

* Brink, E., Karlson, B. W., & Hallberg, L. R. -M. (2005). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403-411. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03737.x

Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D. M., Nugent, K., Shipman, A., Spertus, J. A. (2007). Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of Treatment and Recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 459-465. doi:10.1097/01.JCN.0000297391.11324.0f

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård, från filosofi till praktik* (s.69-96). Stockholm: Liber AB.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stilbrant Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for primetime. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.

Garavalia, L. S., Decker, C., Reid, K. J., Lichtman, J. H., Parashar, S., Vaccarino, V., ... Spertus, J. A. (2007). Does Health Status Differ between Men and Women in Early Recovery after Myocardial Infarction?, *Journal of Women's Health*, 16(1), 93-101.
Doi:10.1089/jwh.2006.M073

Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. (2004). 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.
doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001

* Johansson, A., & Ekebergh, M. (2006). The meaning of well-being and participating in the process of health and care--women's experiences following a myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(2), 100-108.
Doi:10.1080/17482620500494717

* Johansson Sundler, A., Dahlberg, K., & Ekenstam, C. (2009). The Meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*. 19(3), 375-387. doi: 10.1177/1049732309331882

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

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

Kristofferzon M., Löfmark R., & Carlsson M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 360-374.
doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02815.x

* Kristofferzon, M., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 391-401. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x

* Kristofferzon, M., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope - experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 367-375. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x

Løvlien, M., Schei, B., & Gjengedal, E. (2006). Are There Gender Differences Related to Symptoms of Acute Myocardial Infarction? A Norwegian perspective. *Progress of Cardiovascular Nursing*, 21(1), 14-19. doi:10.1111/j.0197-3118.2006.04656.x

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Murphy, S. A., Chen, C., Cannon, C. P., Antman, E. M., & Gibson, C. M. (2002). Impact of gender on angiographic and clinical outcomes after fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 90(7), 766-770. doi:10.1016/S0002-9149(02)02608-5

Rosén, M., (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.430-444). Polen: Studentlitteratur AB.

Rosengren, A., Hawken, S., Öunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., ... Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 953-962. Doi:10.1016/S0140-6736(04)17019-0

Schou, L., Østergaard Jensen, B., Zwisler, A. D., & Wagner, L. (2008). Women's experiences with cardiac rehabilitation - participation and non-participation. *Vård i Norden*, 28(4), 24-28.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 97-100). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS (2014:821). *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2015-02-01 från <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/14/140821.PDF>

* Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. (2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 10-17. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00433.x

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

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

Socialstyrelsen. (2014). *Hjärtinfarkter 1990-2013 - Myocardial Infarctions in Sweden 1990-2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-01-25 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19595/2014-11-13.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok* (s.25-39). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2015-03-30 från <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok.pdf>

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

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death--nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568. doi:10.1002/pon.3456

Sutton, E. J., Rolfe, D. E., Landry, M., Sternberg, L., & Price, J. A. D. (2012). Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1834-1846. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06041.x

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2015-01-22 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

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

Vetenskapsrådet (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Uppsala: Vetenskapsrådet. Hämtad 2015-05-04 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Polen: Studentlitteratur AB.

* White, J., Hunter, M., & Holtum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health and Medicine*, 12(3), 278-288. doi:10.1080/13548500600971288

Wieslander, I., Baigi, A., Turesson, C., & Fridlund, B. (2005). Women's Social Support and Social Network after Their First Myocardial Infarction; A 4-Year Follow-Up with Focus on Cardiac Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 278-285. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.06.004

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1: Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: _____
Författare: _____
Årtal: _____
Tidskrift: _____

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja Nej

Är urvalet beskrivet? Ja Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? Ja Nej

Hänger metod och syfte ihop?
(Kvalitativt syfte – kvalitativ metod) Ja Nej

Beskrivs datainsamlingen? Ja Nej

Beskrivs dataanalysen? Ja Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/
ställningstagande? Ja Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen? Ja Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....
.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....
.....
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign:

Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping/henr

Bilaga 2: Artikelmatris

Titel, författare, land, årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Databas - CINAHL				
<p>Titel: <i>Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction.</i></p> <p>Författare: Stevens, S., Thomas, S.P.</p> <p>Tidskrift: Health Care for Women International Årtal: 2012 Land: USA</p>	<p>Att förstå upplevelser hos medelålders kvinnor som har återvänt hem efter en förstagångs hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie med 8 st kvinnor. Fenomenologisk metod. Urvalet bestod av kvinnor mellan 40-65 år som alla överlevt en första gångs hjärtinfarkt.</p>	<p>Medelålders kvinnor som återvänder till hemmet efter en först gångs hjärtinfarkt har inte fått tillräckligt med information från sjukvården. Detta leder till rädsla för att få en ny hjärtinfarkt och ångest. Kvinnorna har också ofta tankar på döden. Det är vanligt med depressioner efter hjärtinfarkt hos dessa kvinnor.</p>	<p>Kvalitet: 11/12.</p> <p>Etiskt godkänd</p>
<p>Titel: <i>Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later.</i></p> <p>Författare: Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., Sjöberg, T.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences. Årtal: 2011 Land: Sverige</p>	<p>Att undersöka och beskriva hur kvinnor uppfattar sin hälsa och vardagsliv 5 år efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Fenomenografisk intervjustudie på 12 st kvinnor. Strategiskt urval som skedde från ett universitetssjukhus i Sverige. Semistrukturerad intervjuguide användes.</p>	<p>Äldre kvinnor upplevde mer följsjukdomar än yngre. Trötthet och rädsla för framtiden fanns kvar även 5 år efter hjärtinfarkten. En del kvinnor upplevde ej att dagliga livet påverkades. Många kvinnor oroades över ny hjärtinfarkt, och vissa hade känslan av "en andra chans" Fortsatt behov av stöd efter 5 år med livsstilsförändringar.</p>	<p>Kvalitet 12/12</p> <p>Godkänd av etisk kommitté.</p>
<p>Titel: <i>How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping.</i></p> <p>Författare: White, J., Hunter, M., Holttum, S. Årtal: 2007 Land: Storbritannien</p>	<p>Att undersöka kvinnors upplevelse av sin hjärtinfarkt. Hur de anpassar sig efteråt, Vilken inverkan på relationer och vilka copingstrategier som används.</p>	<p>Fenomenologisk analys av semistrukturerade intervjuer. 5 kvinnor intervjuades. Ålder 50-60 år. Uppföljningssamtal 2 månader efter.</p>	<p>Kvinnorna uppgav rädsla och ångest för att behöva behandlas på sjukhus igen. Rädsla också över att lämna tryggheten på sjukhuset. Frustration och ilska över att inte kunna leva som tidigare. Viktigt med stöd från familj och sjukvården. Information var mycket viktigt.</p>	<p>Kvalitet: 11/12.</p>

Titel, författare, land, årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Databas - CINAHL				
<p>Titel: <i>Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction.</i></p> <p>Författare: Søderberg, H. L., Johansen, P. P., Herning M., Berg, K. S.</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2013</p> <p>Land: Danmark</p>	<p>Att undersöka kvinnors upplevelse av sexuell hälsa sex månader efter en förstagångs-hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetod med ett fenomenologiskt tillvägagångssätt. Intervjustudie där en semi-strukturerad intervjuguide användes. 11 kvinnor intervjuades. Medelålder: 56,5 år.</p>	<p>Det övergripande konceptet som dök upp var en ängslan över att återuppta sexuell aktivitet. Patienterna kände sig förändrade. Ängslan, oro och trötthet påverkade det sexuella mönstret.</p>	<p>Kvalitet: 12/12</p> <p>Godkänd av etisk kommitté</p> <p>Bortfall 24 stycken deltagare</p>
<p>Titel: <i>Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self.</i></p> <p>Författare: Brink, E., Karlson, B. W., Hallberg R-M. L.</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att undersöka självregleringsprocessen i syfte att öka förståelsen av återhämtning efter en förstagångs hjärtinfarkt.</p>	<p>Grounded theory. En longitudinell intervjustudie. 11 kvinnor och 10 män intervjuades 5 månader efter en förstagångs hjärtinfarkt.</p> <p>Ålder: 48-76 år.</p>	<p>Huvudkategorin "omvärdering av det aktiva jaget" var centralt 5 månader efter en hjärtinfarkt. Aktiviteter i vardagen hotades av konsekvenser som kom efter hjärtinfarkten. Återhämtningen påverkades av sjukdomsuppfattning och trötthet. Copingstrategier varierade bland respondenterna. Genom att minimera konsekvenserna av hjärtinfarkten ledde det till en känsla av kontroll.</p>	<p>Kvalitet: 12/12</p> <p>Godkänd av etisk kommitté</p>

Titel, författare, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Psych Info				
<p>Titel: <i>The meaning of well-being and participation in the process of health and care - women's experiences following a myocardial infarction</i></p> <p>Författare: Johansson, A., Ekebergh, M. Årtal: 2006 Land: Sverige</p>	Att undersöka kvinnors upplevelser av den efterföljande vården efter en hjärtinfarkt, med fokus på deras upplevelse av delaktighet och välbefinnande.	<p>Reflektiv livsvärlds ansats (Reflective lifeworld research [RNR]) baserad ur fenomenologisk epistemologi.</p> <p>Semi-strukturerade intervjuer med 8 kvinnor som haft en förstagångs hjärtinfarkt genomfördes 1-3 månader efter insjuknandet. Ålder 45-65 år.</p>	Kvinnorna upplevde att de inte hade kontroll i det dagliga livet och över sin egen kropp. En strävan efter balans i det dagliga livet och en förståelse för vad som hänt dominerar kvinnans liv. De upplevde en känsla av att inte bli lyssnade på av sjukvårdspersonal.	<p>Kvalitet: 11/12</p> <p>Bortfall 10 stycken. Godkänd av etisk kommitté.</p>
<p>Titel: <i>Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis.</i></p> <p>Författare: Sjöström-Strand, A., Fridlund, B. Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science År: 2007 Land: Sverige</p>	Att beskriva och undersöka kvinnors upplevelse av stress före och efter en hjärtinfarkt.	Fenomenografisk, kvalitativ metod. 14 kvinnor intervjuades utifrån en stress-relaterad intervjuguide. Två intervjuer utfördes, första på sjukhuset och andra 4-10 månader efter hjärtinfarkten. Ålder 31-80 år.	Personliga egenskaper och omgivningen påverkade upplevelsen av stress. Kvinnorna upplevde förlorad kontroll, de behövde stöd efter sjukhusvistelsen, rädda för att återvända hem.	<p>Bortfall 6 stycken. Godkänd av etisk kommitté.</p> <p>Kvalitet: 12/12</p>
<p>Titel: <i>The Meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial Infarction.</i></p> <p>Författare: Johansson Sundler, A., Dahlberg, K., Ekenstam, C. Tidskrift: Qualitative Health Research Årtal: 2009 Land: Sverige</p>	Att undersöka betydelsen av nära relationer och sexualitet för att förklara deras välmående efter en hjärtinfarkt.	<p>Reflektiv livsvärlds ansats (Reflective lifeworld research [RNR]) baserad ur fenomenologisk epistemologi.</p> <p>Semi-strukturerade intervjuer med 10 kvinnor som haft en förstagångs hjärtinfarkt för 6 månader sedan. Ålder 49-80 år och livssituationen varierade</p>	Kvinnors nära relationer efter en hjärtattack interagerar med hälsoprocessen. Relationen tillför styrka och kraft men kan också ta energi och orsaka lidande.	<p>Etiskt försvarbar.</p> <p>Kvalitet 12/12</p>

Titel, författare, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Medline				
<p>Titel: <i>Managing consequences and finding hope-experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction.</i></p> <p>Författare: Kristoffersson, M., Löfmark, R., Carlsson, M.</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva upplevelser av vardagen för kvinnor och män 4-6 månader efter en hjärtinfarkt och deras förväntningar inför framtiden</p>	<p>Longitudinell studie. Semistrukturerade intervjuer. Intervjuguide användes. Urval: 20 kvinnor och 19 män. Medelålder kvinnor: 65 år Medelålder män: 66 år</p>	<p>Patienterna hade inte etablerat en stabil hälsa. De hade fortfarande symtom i form av trötthet, andfåddhet och ibland bröstsmärta. Stöd från både sjukvård och socialt nätverk var viktiga. Kvinnorna hade lägre prioritering på hushållsarbete än tidigare.</p>	<p>Kvalitet 12/12</p> <p>Godkänd av etisk kommitté</p>
<p>Titel: <i>Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction.</i></p> <p>Författare: Kristofferzon, M. Löfmark, R. Carlsson, M.</p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att beskriva upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt. Fokus på problemlösning och stöd.</p>	<p>Semistrukturerad intervjuguide användes på 20 kvinnor och 19 män. Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Både kvinnor och män upplevde rädsla för återfall av MI, rädsla för döden och brist på kunskap i efterförloppet. Kvinnor kände sig mer i behov av nätverk som erbjöds av vården än män. Både män och kvinnor upplevde att sjuksköterskan i efterförloppet var ett bra stöd.</p>	<p>Kvalitet 12/12</p> <p>Godkänd av etisk kommitté</p>