



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Kvinnors problem efter en hjärtinfarkt samt deras behov av stöd från sjukvård och sociala nätverk – En litteraturstudie.

Hanna Angermund Mossberg och Anneli Lundgren

2013

Examensarbete, kandidatnivå, 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Jenny Söderberg
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

Sammanfattning

Syfte: Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva behov av stöd hos kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt samt deras upplevelser av problem i det dagliga livet. Ett ytterligare syfte är att bedöma kvaliteten på studiernas urvalsmetod.

Metod: Författarna gjorde en beskrivande litteraturstudie som är baserad på elva vetenskapliga artiklar som söktes i databaserna Pubmed och Cinahl. Artiklarnas urvalsmetod granskades ur en kvalitetsaspekt.

Huvudresultat: Studier visade att det var vanligt att kvinnor upplevde oro, osäkerhet och rädsla inför livet efter en hjärtinfarkt. Rädslan att råka ut för en ny hjärtinfarkt visade sig vara en stark känsla hos många. Dessa känslor upplevdes som stora problem för kvinnorna. Den fysiska energin efter sjukdomen var tydligt försämrad och begränsade kvinnorna vardagligen.

Något tydligt framträdande var hur viktigt det är att få stöd efter en hjärtinfarkt. Inte bara stödet från sin familj och sina vänner i sitt dagliga liv utan också det professionella stödet från sjukvården. Studien belyser också att rehabilitering var ett gott stöd för dessa kvinnor. Med den hjälpen upplevde kvinnorna sig själva säkrare.

Slutsats: Att insjukna i hjärtinfarkt kan för de allra flesta kvinnor vara svårt och medföra en stor livsförändring. Stora problem i nuvarande forskning kan ses i form av att många kvinnor inte får den information eller det stöd som krävs för att lyckas. Stödet från familj och närstående är minst lika viktigt som stödet från sjukvården.

Hjärtinfarktdrabbade kvinnor efterfrågar adekvat information om sin hjärtinfarkt, samt att deras anhöriga får den rätta informationen för att de tillsammans ska kunna fullfölja förändringarna som bör göras för att livet ska bli lättare att leva. Detta medför att mer forskning behövs för att sjuksköterskor ska kunna tillgodose kvinnornas behov.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, kvinnor, socialt stöd, dagligt liv och patienters upplevelser

Abstract

Aim: The aim of this study was to describe women's need of social support and their experiences of problems after a myocardial infarction. A further aim was to assess the quality of the selection method of the study.

Method: The authors made a descriptive study, based on 11 scientific articles were searched in the databases Pubmed and Cinahl. The selection of the articles were examined from a quality aspect.

Mainresults: Studies showed that it was common that women experienced anxiety, uncertainty and fear of life after a heart attack. The fear of suffering another heart attack was found to be a strong emotion in many women. These feelings are perceived as major problems. The physical energy after the disease was affected and limited the women.

The support after a myocardial infarction was important. Not only the support of family and friends, but also the professional support from health care. The study also highlights that rehabilitation was a good support for these women. They felt much more confident with the support.

Conclusion: Myocardial infarction can be difficult for most women and it can result in major lifestyle changes. Major problems in the current research can be seen as many women are not getting the information or the support they needed to succeed. Support from family and relatives are as important as the support of health care. Women with myocardial infarction want's adequate information about the heart attack, and that their families get the right information to fulfill the changes that need to be made to make life easier. This means that more research is necessary for nurses to meet the needs of women.

Keywords: myocardial infarction, women, social support, daily life and patient experiences

Innehållsförteckning

1.0 Introduktion	1
1.1 Hjärtinfarkt och könsskillnader	1
1.2 Patofysiologi och symtom	2
1.3 Livet efter en hjärtinfarkt och en sundare livsstil	2
1.4 Stöd	3
1.5 Socialt nätverk	3
1.6 Sjuksköterskans roll	3
1.7 Dorothea Orem	4
1.8 Problemformulering	4
1.9 Syfte	5
1.10 Frågeställningar	5
2.0 Metod	5
2.1 Design	5
2.2 Databas	5
2.3 Sökord	5
2.4 Urvalskriterier	6
2.5 Dataanalys	6
2.6 Forskningsetiska överväganden	8
3.0 Resultat	8
3.1 Kvinnors behov av stöd	8
3.1.1 Stöd från anhöriga	8
3.1.2 Bristande stöd av anhöriga	9
3.1.3 Stödet från sjukvården	9
3.1.4 Stödet via rehabiliteringsprogram	10
3.2 Kvinnors upplevelser av problem i det dagliga livet	11
3.2.1 Rädsla för fysisk aktivitet	11
3.2.2 Rädsla och oro för att drabbas igen	11
3.2.3 Stress och trötthet	12
3.2.4 Jobb och ekonomi	12
3.3 De valda vetenskapliga artiklarnas urvalsmetod	13
4.0 Diskussion	15
4.1 Huvudresultat	15
4.2 Resultatdiskussion	15
4.2.1 Stress och stöd från socialt nätverk	15
4.2.2 Information från sjukvården	16
4.2.3 Upplevelser av känslor samt fysisk aktivitet	17

4.2.4 Att hantera sin situation	19
4.2.5 Samtalsstöd	19
4.2.6 Ingående artiklars urvalsmetod	20
4.3 Metoddiskussion	22
4.4 Allmän diskussion	23
4.5 Slutsats	24
5.0 Referenser	25

Bilagor

1.0 Introduktion

1.1 Hjärtinfarkt och könsskillnader

Hjärtinfarkt har de senaste åren varit den största och vanligaste orsaken till dödsfall i Sverige. Under de senaste 25 åren har dödligheten i hjärtinfarkt dock minskat med 50 procent och med tiden fortsätter dödligheten att sjunka (1,2). Hos patienter som kommer levande till sjukhus och får vård i god tid ligger överlevnaden på över 90 procent (1). Det har visat sig att cirka 50 procent av patienter med hjärtinfarkt avlider inom en timme efter det första symtomet, därför är tidig identifiering av symtom och varningssignaler viktigt. Snabb tillgång till akut hjärtsjukvård genererar i ökad överlevnad (3).

World Health Organizations, WHO inkluderar åtta stora riskfaktorer som bidrar till cirka 61 procent av kardiovaskulära dödsfall. Dessa riskfaktorer är: tobak och alkohol, högt BMI, högt blodtryck, högt blodsocker, onormala nivåer av lipider i blodet, en kost med stora mängder mättat fett, litet intag av frukt och grönt samt fysisk inaktivitet (4). I tre olika studier styrker författarna att både aktiv och passiv rökning, diabetes typ två och hypertoni är väletablerade riskfaktorer för hjärtinfarkt (5,6,7). Regelbunden fysisk aktivitet minskar tydligt risken för hjärt- och kärlsjukdom, diabetes och högt blodtryck. Trots detta har den fysiska aktivitetsnivån hos befolkningen drastiskt minskat under de senaste decennierna. Samtidigt har det skett en stor ökning hos kvinnor som tillämpar fysisk aktivitet. Denna ökning visar på en positiv trend som förhoppningsvis kan påverka hela befolkningen (8).

Det är vanligare att män drabbas av hjärtinfarkt än kvinnor och männen är också i genomsnitt yngre än vad kvinnorna är den första gången de drabbas. Medianåldern vid insjuknandet är nio år lägre hos män än hos kvinnor, världen över (2,7,9).

För bara några år sedan fanns det inte några svenska läroböcker om hjärtinfarkt hos kvinnor, men behovet av det förekom bevisligen då det redan fanns litteratur på andra språk i ämnet. Förut har kvinnors hälsa och sjukdom mest fokuserat på kvinnliga hälsoaspekter som t.ex. bröstcancer, klimakteriebesvär, graviditet och förlossning. Enligt en svensk opinionsundersökning trodde de flesta tillfrågade kvinnor att sjukdomen de skulle drabbats av när de blev äldre var bröstcancer. Det var endast fem procent som trodde att det var hjärt-och kärlsjukdom (8).

1.2 Patofysiologi och symtom

Vid en hjärtinfarkt uppstår det syrebrist i hjärtat på grund av att syretillförseln till hjärtat försämras. En orsak till att syretillförseln försämras är att det bildats plack som lagrats i något av hjärtats kranskärl. När placket brister bildar trombocyter ett koagel som reparerar den skadade ytan och en blodpropp har bildats. Blodproppen blir större och har tillslut täppt till kranskärl så att blodflödet försämras eller helt täpps till. Ischemi, eller syrebrist har då uppkommit vilket orsakar celledöd i de utsatta delarna av hjärtat. Om ett större kärl i hjärtat täpps till blir ischemin mer utbredd och hjärtinfarkten blir större (1,2,8).

Det vanligaste symtomet vid en hjärtinfarkt är bröstsmärta. Smärtan är plötslig och ihållande och ett tryck över bröstet vid både vila och vid ansträngning är vanligt förekommande och tidiga tecken på hjärtinfarkt. Smärtan kan stråla ut i vänster arm, nacke, käke och rygg men smärtan kan också vara diffus. Att uppleva diffus smärta vid en hjärtinfarkt är vanligt bland kvinnor. De kan ibland få besvär som huvudvärk, illamående, kallsvetningar, ångest, ont i magen och andfåddhet medan den generella bröstsmärtan är vanligare bland männen (1,3,8,10,11).

1.3 Livet efter en hjärtinfarkt och en sundare livsstil

Efter en hjärtinfarkt Det är viktigt att komma ihåg att det inte är farligt att röra på sig men aktiviteten ska ökas lite i taget. Efter några veckor fungerar det i de allra flesta fall att röra sig obehindrat och att klara det dagliga livet normalt. Risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt minskar med 20 procent med organiserad fysisk träning, något som är viktigt är att komma ihåg är att lyssna på sin kropp. Symtom som andfåddhet, bröstsmärtor eller trötthet är alla tecken på att det är säkrare att ta det lugnare (1,12). Målet efter utskrivning och efterbehandling är att försöka ändra sin livsstil och att kunna återgå till ett normalt liv, att kunna fortsätta sitt aktiva liv samtidigt att minska risken för en ny hjärtinfarkt. Det krävs hälsokontroller för att kontrollera hälsan och för att påverka och stötta patientens livsstil. Att leva sundare är det absolut viktigaste för tillfrisknande efter en hjärtinfarkt, att sluta röka, äta nyttigare och utöva fysisk aktivitet är alla exempel för att lyckas (1,2,12,13).

1.4 Stöd

Att stödja en annan person innebär att upprätthålla och förhindra att personen misslyckas eller att hjälpa personen att undvika att hamna i dåliga situationer eller beslut (15). Detta stöd medför en dämpande effekt mot belastning och olika prövningar i livet. Det sociala stödet fungerar som hjälp till att hantera olika händelser i livet som till exempel vid stress eller kriser (16). För att påvisa hur socialt stöd påverkar hälsan så används två huvudmodeller, direkt effekt-teorin och indirekt effekt-teorin. Direkt effekt-teorin hörs på namnet att det påverkar hälsan direkt vilket innebär att den påverkar människan så att den känner sig värdefull och att deras tillvaro upplevs som stabil och trygg. Biologiska termer som till exempel kroppens hormonsystem påverkas på ett positivt sätt vilket medför bättre hälsa och hälsobeteende. Vid indirekt effekt-teori talas det om att socialt stöd fungerar som en ”buffert” för att klara av eventuella belastningar och påfrestningar. Det sociala stödet fungerar som hjälp till att hantera olika händelser i livet som till exempel vid stress och kriser (16).

1.5 Socialt nätverk

Människor i en umgängeskrets utgör en del av det sociala nätverket och kan definiera relationer mellan människor som är relativt formella och varaktiga. Människor som umgås tillsammans betyder något för varandra och det har ingen betydelse över hur många människor det ingår i det sociala nätverket eller hur ofta människorna har kontakt med varandra. Något som är viktigt är att det finns en eller flera i nätverket som det finns tillit till och som finns där som stöttning (16).

1.6 Sjuksköterskans roll

Pedagogisk kompetens är något en sjuksköterska behöver ha för att kunna undervisa och vägleda. Värderingar, kunskaper och färdigheter är viktiga delar i en sjuksköterskas funktion. För att sjuksköterskor på bästa sätt ska kunna lära ut och undervisa bör de etablera goda relationer till patienterna. Det är även av stor betydelse att sjuksköterskor kan bemästra den pedagogiska metoden de väljer att använda sig av (16). En förutsättning då patienter och/eller närstående behöver undervisning för att få nya kunskaper om en sjukdom, är att de är i behov att lära sig och att de behöver kunskapen (16). Information och utbildning bör förmedlas mellan patient och sjuksköterska för att få ett samspel mellan dem och patienten får möjlighet att själv värdera informationen som ges (17). Vid en krissituation som till exempel i den akuta fasen vid en hjärtsjukdom måste informationen från sjuksköterskan begränsas till livsviktiga förhållanden. När patientens

tillstånd förbättrats och stabiliserats kan sjuksköterskan informera om olika saker som kan påverka sjukdomen samt om behovet av livsstilsförändringar (16). En annan viktig del i tillfrisknandet efter en hjärtinfarkt är motiverande, livsstilsinriktande hälsosamtal från sjukvården. Sjuksköterskan har i detta stadie en viktig uppgift, att aktivt förebygga och identifiera hälsorisker för att bevara det friska hos patienterna. Med syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa så har sjuksköterskan som uppgift att bedöma patientens egna resurser och förmåga till egenvård. (2, 14).

1.7 Dorothea Orem

Dorothea Orem's egenvårdsteori kom till under 1970-talet. Denna teori är betydelsefull för människans förmåga att lära, utvecklas och lösa problem. Orem menar att människor har möjlighet att uppfylla nya egenvårdskrav. Hon anser att människan normalt har både förmågan och viljan att ta hand om sig själv. Människan gör saker som bidrar till att främja hälsa och välbefinnande. Något som därför är viktigt för omvårdnaden är att bidra till att patienten tillämpar ny kunskap och nya färdigheter för att kunna tillämpa egenvård när förändringar i livssituationen sker. Att motivera och uppmuntra patienterna att utföra det de själva klarar av. Sjuksköterskan har till uppgift att undervisa patienten så att denne kan tillgodose sig egenvård (15,18).

1.8 Problemformulering

Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär att livet förändras. Många olika känslor och upplevelser kan framträda. Eftersom hjärt-kärlsjukdom anses vara en folksjukdom är det av stor betydelse att belysa hur livet kan förändras samt, eftersom könsskillnaderna är stora och symtomen inte är desamma för kvinnorna som för männen (1,2,8,10). Som sjuksköterska är det högst troligt att stöta på dessa kvinnor. Det är viktigt att uppmärksamma dem och att sjuksköterskor har den rätta och relevanta kunskapen. Det är också viktigt att identifiera dessa kvinnors upplevelser i deras dagliga liv för att få en inblick och förståelse för att kunna tillgodose deras behov. Genom att kartlägga kvinnors dagliga problem som kan uppkomma efter en hjärtinfarkt samt att belysa deras behov av stöd gör att sjuksköterskor får större inblick och lärdom i vart det brister i omvårdnaden.

1.9 Syfte

Syftet med föreliggande litteraturstudie är att beskriva behov av stöd hos kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt samt deras upplevelser av problem i det dagliga livet. Ett ytterligare syfte är att bedöma kvaliteten på studiernas urvalsmetod.

1.10 Frågeställningar

1. Vilket behov av stöd från sjukvården och sociala nätverk har kvinnor efter en hjärtinfarkt?
2. Vilka problem upplever kvinnor efter en hjärtinfarkt i det dagliga livet?
3. Vilken kvalitet har de valda artiklarna för avseende urvalsmetod?

2.0 Metod

2.1 Design

Författarna till föreliggande litteraturstudie har använt sig av en beskrivande design. En sammanställning av studier som redan finns har gjorts för att tillgängliggöra informationen (19).

2.2 Databas

Databaser som har använts för att hitta relevanta vetenskapliga artiklar är PubMed och Cinahl. Manuella sökningar har gjorts för att komplettera redan funna artiklar.

Författarna har genom färdigställda referenslistor hittat relevant material för att införa annan forskning.

2.3 Sökord

Sökorden som har användas är MeSh-termerna: myocardial infarction, women och social support. Sökorden daily life och patient experiences söktes med fritext. Dessa sökord kombinerades genom att använda booleska operatören AND. Booleska operatörer används för att få ett smalare resultat på sökningarna (20). Provsökning se tabell 1

Tabell 1 redovisar utfall av sökningen av artiklar, databaser, söktermer, antal träffar och valda källor.

Databas	Söktermer	Antal träffar	Valda källor Exkl. dubletter
PubMed	Myocardial infarction (Mesh) AND Women (Mesh)	84	3
PubMed	Myocardial infarction (Mesh) AND Women (Mesh) AND Social support (Mesh)	8	1
PubMed	Myocardial infarction (Mesh) AND Patient experiences (Fritext)	315	2
Cinahl	Myocardial infarction AND Women	730	2
Cinahl	Myocardial infarction AND Women AND Social support	26	1
Cinahl	Myocardial infarction AND Social support	50	1
Manuella sökningar via andra artiklars referenslisor			1
Totalt antal valda källor			11

2.4 Urvalskriterier

Till litteraturstudiens syfte och frågeställningar har författarna sökt efter relevanta vetenskapliga artiklar. Årsintervallen på de sökta vetenskapliga artiklarna ligger mellan åren 2003- 2013. Med i urvalet finns endast artiklar i free fulltext och de artiklar som är peer reviewed. Inklusionskriterierna var att endast ha med artiklar publicerade på svenska och engelska samt studier gjorda på kvinnor i alla åldrar. Studier som är gjorda på män exkluderades samt de delar av resultaten som fokuserar på män. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har använts.

2.5 Dataanalys

Upp till cirka 300 träffar läste författarna igenom artiklarnas titlar. Om titlarna verkade relevant för studiens ämne läste författarna artiklarnas abstract. De abstract som vid det tillfället verkade kunna svara på litteraturstudiens syfte och frågeställningar valdes ut för noggrannare genomgång då författarna läste artiklarnas metod och resultatdel. Efter

första sökningens genomgång valdes 33 stycken artiklar ut som författarna ansåg vara relevant för litteraturstudiens syfte och frågeställningar. Av dessa 33 artiklar valdes slutligen tio stycken ut som motsvarade författarnas kriterier, för att sedan sammanställa litteraturstudiens resultat. En artikel valdes från en redan befintlig referenslista. Samtliga artiklar översattes, bearbetades och analyserades för att hanteringen av sammanställningen skulle underlättas (20).

För analysera och sammanställa resultatet markerades resultatet med olika färger för att sedan delas in under två olika rubriker, *Kvinnors behov av stöd* och *Kvinnors upplevelser av problem i det dagliga livet*. Dessa rubriker valdes utifrån litteraturstudiens syfte och frågeställningar. Vidare framställdes olika underrubriker för att enkelt kunna para ihop de delar ur resultaten som skulle ingå under samma underrubriker. Dessa kom att döpas till *stöd från anhöriga*, *bristande stöd av anhöriga*, *stöd från sjukvården*, *stödet via rehabiliteringsprogram*, *rädsla för fysisk aktivitet*, *rädsla och oro för att drabbas igen*, *stress och trötthet* samt *jobb och ekonomi*. Dessa rubriker redovisas nedan i tabell 2.

Författarna granskade och analyserade också de valda artiklarnas urvalsmetod som dels redovisas i bilaga 1 och i löpande text.

Studiens författare har som mål att tolka resultatet i artiklarna för att kunna beskriva den centrala kärnan (20).

Tabell 2. Redovisning av resultatets huvudrubriker och underrubriker.

Huvudrubrik	Underrubrik
Kvinnors behov av stöd	Stöd från anhöriga
	Bristande stöd av anhöriga
	Stödet från sjukvården
	Stödet via rehabiliteringsprogram
Kvinnors upplevelser av problem i det dagliga livet	Rädsla för fysisk aktivitet
	Rädsla och oro för att drabbas igen
	Stress och trötthet
	Jobb och ekonomi

2.6 Forskningsetiska överväganden

Vid systematiska litteraturstudier bör etiska överväganden göras beträffande urval och presentation av resultat (20).

Litteraturstudiens författare kommer att vara sanningsenliga i framställandet av studien, de kommer inte att förekomma något plagiat. Inget av resultatet kommer medvetet att förvrängas.

3.0 Resultat

I denna litteraturstudie har elva inkluderade artiklar bearbetats utifrån studiens frågeställningar och syfte. De valda artiklarnas resultat belyser kvinnors behov av stöd från sjukvården och sociala nätverk samt vilka problem de upplever efter en hjärtinfarkt. Resultatet redovisas i form av löpande text samt i bilaga 1. Resultatet delas in i olika rubriker samt i flera underrubriker, se tabell 2. Den metodologiska frågeställningen besvaras likaså i löpande text och i tabellform i bilaga 1.

3.1 Kvinnors behov av stöd

3.1.1 Stöd från anhöriga

Något som flera av studierna påtalar vad det gäller stödet efter en hjärtinfarkt är att många kvinnor anser att de fått bra stöd från olika personer som de har en relation med (21,22,23,24,25). Dessa relationer kan vara en make, en partner, ett barn eller barnbarn, vänner eller en förälder (22,25). Många kvinnor beskriver olika aktiviteter med sin familj och sina vänner som viktiga för dem efter sin hjärtinfarkt. Kvinnornas närstående såg till att utföra aktiviteterna med hänsyn till dem och att det utfördes på deras villkor (22).

Efter en hjärtinfarkt kan kvinnors nära relationer vara avgörande för deras välmående och tillfrisknande. Saknaden av ett partnerskap kan skapa ensamhet och tomhet vilket kan förhöja kvinnors lidande efter en hjärtinfarkt (25). Några kvinnor i en svensk studie beskriver deras stöd från familj och vänner som hjälp med praktiska saker, som att få skjuts och även att få hjälp med dagliga aktiviteter (24). Kvinnorna berättade även att de fick hjälp av grannar och släktingar samt hjälp från vårdpersonal med hushålls och trädgårdsarbete och för att kunna åka och handla (21). Det berättades också att kvinnorna kände att de fick mer stöd hemma efter sin hjärtinfarkt än innan och att deras partner tog större ansvar för hushållet (26).

I två svenska studier ansåg kvinnorna att nätverk av anhöriga och vänner uppmuntrade dem och bidrog till att de kunde känna sig säkra i sin sjukdom (21,22) medan en del kvinnor ibland kunde känna att de blev överbeskyddade av sina partners och sin familj (21,26,27). De kvinnor som hade en partner kunde alla beskriva hur väl de blev omhändertagna. De beskrev deras partner som en bra lyssnare och att han förstod allvaret med sjukdomen (21,28). Men alla kvinnor hade inte en make, maka eller en partner men de ansåg att andra förhållanden i deras närvaro, mellan kvinnorna och någon som stod dem nära var minst lika meningsfulla och värdefulla. Meningsfulla och nära förhållanden kan bidra till välmående och god hälsa. Ett bra förhållande är en tillgång (25).

3.1.2 Bristande stöd från anhöriga

Några av kvinnorna i en studie hade inte fullt så bra stöd från sin familj. De ville så gärna ändra sin livssituation efter hjärtinfarkten men de kände inte att stödet från familjen räckte till (21,24). Deltagarna kände att de blev hämmade av sin familj och sina vänner när det gällde samarbetet med kvinnornas försöka att sluta röka, börja motionera eller att ändra på deras matvanor. Den största utmaningen var att ha andra i hushållet som fortfarande rökte, att laga mat som de själva inte fick äta eller att bara se på när de andra åt av den maten (28,29). Familjens brist på kunskap om livsstilsförändringar kring matvanor påverkade kvinnornas hälsa och välmående negativt (21).

Vissa av deltagarna i en annan studie upplevde krav från sina släktingar. De förstod inte att kvinnorna efter sin hjärtinfarkt led av kronisk trötthet och inte längre hade orken att göra vissa saker som de tidigare kunde. Det var oftast grannar, arbetskamrater och vänner som inte ställde lika höga krav som deras släktingar gjorde. Det var grannarna, arbetskamraterna och vännerna som kom med råd, tips och verkligen brydde sig om hur kvinnorna mätte (22).

3.1.3 Stödet från sjukvården

Flera av studierna har behovet av stöd från sjukvården som något gemensamt. De flesta av kvinnorna ansåg att stöd i form av information var något viktigt och behövligt men som inte alltid räckte hela vägen fram. Det kunde vara att informationen inte var tillräcklig, att informationen inte var individanpassad, att den inte var relevant eller helt enkelt brist på information (21, 23, 24, 28, 30). Kvinnorna berättade att de inte fick det stöd de behövde från sjukvården för att försonas med tanken av att de drabbats av en

hjärtinfarkt (23). Att inte riktigt veta vilka frågor som är relevanta var ett problem, men det största var att inte få information om vad de kunde förvänta sig när de kom hem från sjukhuset (21,23). För att klara det dagliga livet efter en hjärtinfarkt behövde kvinnor ett väldigt stort stöd, till exempel efter att de blivit utskrivna. Kvinnorna i flera studier upplevde brist på stöd och information vilket medförde att de kände sig övergivna och ensamma som i sin tur också ökade deras osäkerhet (23,24,30). I två studier beskriver kvinnorna att de fått råd och generell information från sjukvården men informationen inte var individuellt anpassad utan standardiserad. Denna information tillsammans med existentiell stress blev svår att hantera (23,30). När kvinnorna kom hem efter sjukhusvistelsen insåg de att de inte fått adekvat information vilket gjorde att vissa kvinnor fick ångest och kände osäkerhet (30). Många kvinnor kämpade med sina livsstilsförändringar samt med följsamheten av sjukvårdens medicinska råd. Många var beslutsamma att lyckas men det vara lättare sagt än gjort. Kvinnorna insåg att det var tufft att upprätthålla livsstilsförändringen, de behövde stöd från sjukvården (24,28) I en annan studie skrivs också det motsatta. Att kvinnorna fått bra information och råd från sjuksköterskor, läkare och andra patienter som drabbats av hjärtinfarkt. De ansåg att det var viktigt att få informationen repeterad såväl muntligt som skriftligt. Kvinnorna tyckte att de hade bättre kontakt och en enklare dialog med sin hjärtsjuksköterskan än med läkaren. Sjuksköterskan kunde förklara på ett bra sätt (21).

3.1.4 Stödet via rehabiliteringsprogram

I flera studier påtalar kvinnorna att olika rehabiliteringsprogram var ett gott stöd för dem (22,24,28,30). Kvinnorna som deltog i ett rehabiliteringsprogram i en studie upplevde sig säkrare och de blev uppmuntrade att upprätthålla sina livsstilsförändringar (22). De kände även att de fick stort stöd från både rehabiliteringsteamet och deltagarna i gruppen (21,22). Att inte tillhöra något rehabiliteringsprogram gjorde det svårare för vissa kvinnor att upprätthålla sitt träningsprogram (28). Några kvinnor hade möjligheten att medverka i ett rehabiliteringsprogram i ett år efter hjärtinfarkten för endast kvinnor. Där kände de att rehabiliteringen var riktad mot just dem, för kvinnors specifika behov. De önskade dock att de fick delta längre än ett år för att de ansåg att de var i behov av längre stöd för att fortsätta sina livsstilsförändringar (24). I en studie bland kvinnor vid ett rehabiliteringsprogram, kände sig deltagarna obekväma med att fråga frågor vid deras möten om deras sjukdom. Vissa kände att de fick svar på sina frågor då det oftast fanns någon annan där som undrade över samma fråga (29). I en annan studie fann en kvinna ett behov av att prata med någon om alla sina frågor. Hon önskade att det

skulle kunna finnas någon form av "klass" där någon kunde berätta för henne om sjukdomen samt där hon kunde få ställa sina frågor (30).

3.2 Kvinnors upplevelser av problem i det dagliga livet

3.2.1 Rädsla för fysisk aktivitet

I två studier förklarade några av kvinnorna som deltog att hjärtinfarkten hade påverkat deras dagliga liv (25,31). Det visade sig också att de dagligen kände sig osäkra och rädda för hur mycket fysisk aktivitet de vågade utföra (30). Vissa av kvinnorna kände att de inte klarade av att gå en promenad på två km medan andra tyckte sig klara av det ganska bra (31). De hade tagit del av informationen från sjukhuset om att de borde göra vissa förändringar i sina liv som till exempel att införa fysisk aktivitet, för att minska risken att drabbas av en ny infarkt. Kvinnorna upplevde att det var svårt att börja motionera och att veta hur mycket de vågade röra på sig. Kvinnorna beskriver känslan av svaghet, trötthet och utmattning veckor till månader efter hjärtinfarkten. Enkla saker som till exempel att klä på sig på morgonen eller bara vandra runt i sitt hem kunde kvinnorna uppleva som svåra. De fysiska aktiviteterna under dagen gjorde att de blev tröttare än vanligt och att de behövde gå och lägga sig tidigare på kvällarna (24,28,30). Den långa återhämtningsprocessen och bristen på energi fick dem att se på sin kropp på ett annorlunda sätt (30).

3.2.2 Rädsla och oro för att drabbas igen

Det har visat sig att återhämtningen efter en hjärtinfarkt upplevdes som en komplicerad process som inledningsvis karaktäriserades av osäkerhet och oro (24). Kvinnorna kände sig osäkra på sina kroppar vilket ledde till osäkerhet i sig själva och sin egen existens, vilket i sin tur blev till ett hinder för dem i deras dagliga liv (23,24). Osäkerheten kring deras kroppar var något som följde dem dagligen och det grundades i rädslan för att kroppen skulle gå sönder igen (23). Flera studier visade på att många kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt hade tankar och rädsla för att drabbats av en ny hjärtinfarkt (23,24,26,27,30). Efter att kvinnorna lämnat sjukhuset kunde de känna symtom som bröstsmärta och andningssvårigheter vilket gjorde dem oroliga för att drabbas av ännu en hjärtinfarkt. Kvinnorna beskrev känslan av panik kring symtomen som de trodde sig känna och detta ledde ofta till att de sökte sig till sjukvården igen. De beskrev hur de efter sin hjärtsjukdom plötsligt blev medvetna om att de hade ett hjärta, tyckte sig till och med kunna känna sitt hjärta slå som de inte upplevt tidigare. Det fanns oro över hur skör deras hälsa hade blivit och minnena över hur nära döden de hade varit (24). Detta

styrks även i andra studier där symtom som generell kroppssmärta orsakade oro och osäkerhet som fick kvinnorna att tänka “kan det vara hjärtat”? (21,30). Det tas upp om hur medvetna de blev om hur fort livet kan förändras utan någon förvarning och hur plötsligt livet kan ta slut (23). Kvinnorna talade om rädslan för vad konsekvenserna av en ny hjärtinfarkt skulle kunna innebära, att leva med rädslan och vetskapen att de kanske inte skulle överleva en ny hjärtinfarkt (24). Majoriteten av kvinnorna beskrev att de inte kände sig fria att leva sina liv som tidigare innan sjukdomen, kvinnorna upplevde att hjärtinfarkten hade “slagit” dem hårt, “knockat till dem rejält”. Leva med osäkerheten och oron som alltid var närvarande och att ständigt vara nervös för vad som skulle kunna hända, fick kvinnorna att känna sig ledsna, deprimerade och arga (30). Att efter hjärtinfarkten inte ta något förgivet, livet och tiden här på jorden fick en annan innebörd, vara tacksam för den tid på jorden som ges och försöka att leva ett så meningsfullt liv som möjligt (23). Många av kvinnorna upplevde att hjärtinfarkten fortfarande påverkade dem fem år efter insjuknandet på så sätt att det var svårt att gå vidare med sina liv och att de blev till en börda (24).

3.2.3 Stress och trötthet

I flera studier tas det upp att kvinnor hade det svårt i sina dagliga liv efter en hjärtinfarkt på grund av att de inte kunde leva sina liv som tidigare. De upplevde att de inte hade samma kontroll över sina liv längre. Bristen på kontroll över sitt liv gjorde att de upplevde osäkerhet som i sin tur ledde till stress. Extrem trötthet var ett vanligt problem efter att kvinnorna kommit hem ifrån sjukhuset (22,27,30). På grund av tröttheten kände kvinnorna att de inte hade orken att utföra alla sina dagliga sysslor som tidigare. Det blev orsaken till att de kände sig stressade i sina liv för att alla “måsten” inte kunde fullföljas. Stressen efter en hjärtinfarkt kretsade både kring det privata livet men också kring sitt arbete, att inte klara av sitt liv som tidigare. Frågan om varför just de fick en hjärtinfarkt var något som framför allt de yngre kvinnorna i studien kände sig stressade av. Innan hade det tänkt att det bara är äldre människor som drabbas av hjärtinfarkt (27).

3.2.4 Jobb och ekonomi

Deltagarna i en studie var antingen mödrar, mormödrar eller farmödrar som alla hade ett arbete att komma tillbaka till efter sjukdomen. Många av dessa kvinnor kände att de på grund av sin sjukdom måste gå ner i tid eller till och med sluta helt att arbeta (30). Detta problem tas även upp i två andra studier om hur kvinnorna gärna skulle vilja stanna hemma längre eller arbeta mindre efter hjärtinfarkten på grund av att de kände sig trötta

och orkeslösa. Rent ekonomiskt så fungerade det inte, de var tvungna att återgå till sina jobb på heltid för att det ekonomiska skulle gå ihop. Speciellt för dem som var ensamstående med barn (24,27). Svårigheterna kring de ekonomiska problemen resulterade i att det blev en otrolig kontrast till deras tidigare liv innan hjärtinfarkten då de var självständiga och oberoende. Denna nya situation upplevdes som att de befann sig i ett fängelse. Innan hjärtinfarkten kunde de göra saker som att till exempel arbeta utan att hela tiden tänka på att ta hänsyn till sin hälsa. Nu efter sjukdomen blev de ständigt påmind om sin hälsa eftersom de hela tiden kände sig trötta och annorlunda. Kvinnorna upplevde att de hade blivit berövad på att få må bra och att få leva ett dagligt liv utan bekymmer (30).

3.3 De valda vetenskapliga artiklarnas urvalsmetod

Elva artiklar inkluderades i denna studies resultat. Tio av artiklarna var med kvalitativ ansats och en artikel använde sig av både kvalitativ och kvantitativ ansats.

I Norekvål et al. studie valdes 262 kvinnor ut från ett patientregister på ett universitetssjukhus i västra Norge. Kvinnor i åldrarna 60 till 80 år inkluderades. Av dessa kvinnor tackade 145 kvinnor ja till att delta i studien. Dessa kvinnor hade alla varit inlagda på sjukhuset under en femårsperiod (31).

I Stevens et al. studie använde sig författarna av yngre kvinnor i åldrar 45-65 år, 6 månader efter sin första hjärtinfarkt. Inklusionskriterierna var att alla kvinnor skulle kunna prata och förstå det engelska språket, vara villiga att delge sina upplevelser samt att ingen av kvinnorna skulle ha genomgått någon hjärtoperation som till exempel en bypassoperation. För att få fram den aktuella undersökningsgruppen delade författarna ut flyers med öppna frågor. De placerade dessa i lokala kyrkor och i olika läkares kontor. Det framgår inte hur många kvinnor som slutligen deltog i studien (30).

I en annan av artiklarna kontaktades 14 kvinnor via brev under åren 2002-2003. Dessa kvinnor valdes ut efter ålder, social status, antal barn samt utbildning men två stycken av kvinnorna föll bort då en avled och en insjuknade i cancer, slutligen ingick 12 kvinnor i studien (24).

Åtta kvinnor som hade drabbats av hjärtinfarkt mellan 2 till 25 år tillbaka i tiden blev tillfrågade genom en patientförening i Johansson et al. studie. Författarna fick tag i kvinnornas namn via patientföreningens ordförande. Alla åtta kvinnor som blev tillfrågade tackade ja till att delta i studien. Åldern på kvinnorna nämns ej (23).

Kvinnorna i Sjöström-strands et al. studie valdes ut på en hjärtavdelning på ett sjukhus i södra Sverige. För att få ett så smalt urval som möjligt valde de ut kvinnor genom åldrarna 31-80 år, civil status, antal barn och utbildning. Intervjuerna skulle utföras två till tre dagar efter insjuknandet och sedan fyra, sex eller tio månader senare. Tjugo kvinnor deltog vid den första intervjun men endast 14 kunde närvara vid den andra, två stycken hade avlidit och 4 stycken valde att inte delta (27).

Svedlund et al. valde ut sina deltagare från en hjärtavdelning på ett sjukhus på landet i centrala Sverige. Kriterierna var att kvinnorna skulle vara under 60 år, att de skulle leva med en manlig partner, att de drabbats av akut hjärtinfarkt och att de var fysiskt och psykiskt kapabla att delta. Det var nio kvinnor som valdes ut i åldrarna 47-57 år (26).

I Kristofferzon et al. studier från 2007 och 2008 har författarna använt sig av samma urval till båda studierna. I studierna gjordes urvalet på ett sjukhus i mellersta delen av Sverige och alla skulle ha drabbats av en hjärtinfarkt. I studien från 2007 gjordes intervjun en månad efter att deltagarna drabbats av en hjärtinfarkt. I studien från 2008 utfördes intervjuerna fyra eller sex månader efter hjärtinfarkten. Av det totala antalet av 74 kvinnor och 97 män valdes 20 kvinnor och 20 män ut. Medelåldern på kvinnorna var 65 år och 66 år på männen (21, 22).

Tio kvinnor i Sundler et al. studie blev utvalda från en hjärtavdelning på ett sjukhus i Sverige. Kvinnorna blev först kontaktade via ett telefonsamtal och intervjuerna ägde rum mellan åren 2006-2007 i kvinnornas hem eller på deras arbetsplats, beroende på hur de önskade. Åldern på kvinnorna låg mellan 49-80 år. När all data var insamlad valde författarna ut vilka som skulle delta i studien, baserat på om materialet ansågs vara tillräckligt (25).

McSweeney et al. letade sina deltagare på tre olika sjukhus i USA. Fyrtio kvinnor i åldrarna 27 till 79 år valdes ut och två olika intervjuer utfördes. Den första intervjun gjordes i kvinnornas hem och uppföljningsintervjun per telefon (28).

I en studie som utfördes på Nya Zeeland använde sig författarna Day et al. av tio kvinnor som var lämpade för studien med åldrarna 50 till 89 år och med diagnosen hjärtinfarkt. De valdes ut från två sjukhus i landet. Kvinnorna fick skriftlig information om hur studien skulle gå till och där fick det även lämna sitt samtycke och sedan utfördes semistrukturerade intervjuer (29).

4.0 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med denna studie var att beskriva behov av stöd hos kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt samt deras upplevelser av problem i det dagliga livet. Resultatet visade att det var vanligt att kvinnor upplevde oro, osäkerhet och rädsla inför livet efter en hjärtinfarkt. Rädslan att råka ut för en ny hjärtinfarkt visade sig vara en stark känsla hos många. Dessa känslor upplevdes som stora problem för kvinnorna. Den fysiska energin efter sjukdomen var tydligt försämrade och begränsade kvinnorna vardagligen. Något tydligt framträdande var hur viktigt det var att få stöd efter en hjärtinfarkt. Inte bara stödet från sin familj och sina vänner i sitt dagliga liv utan också det professionella stödet från sjukvården. Kvinnorna ansåg att de med hjälp av stödet lättare kunde förenkla sin vardag och sina problem. Studien belyser också att rehabilitering var ett gott stöd för dessa kvinnor. Med den hjälpen upplevde kvinnorna sig själva säkrare. Chansen att lyckas upprätthålla sina livsstilsförändringar var större hos de kvinnor som deltog i något rehabiliteringsprogram än för de som inte deltog.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Stress och stöd från sociala nätverk

Sjöström-strand et al. belyser att stress kring olika problem var vanliga upplevelser efter insjuknandet (27). Detta är något som styrks av flera studier i resultatet. Det framkom att kvinnorna kände sig osäkra för att de inte längre kände att de hade kontroll över sina egna liv (22,30). Allison et al. menar att män beskriver helt andra upplevelser kring känslan av kontroll. Männerna upplevde istället att de fick tillbaka kontrollen i sina liv tack vare sin hjärtinfarkt. De upplevde att deras liv innan sjukdomen ingav en känsla av hjälplöshet som inte tillät dem att göra positiva förändringar i sina liv, och det medförde att de kände sig instängda. Hjärtinfarkten hade på något sätt befriat dem (32). Enligt Schenck-Gustafsson et al. drabbas kvinnor och män olika på grund av stress. Kvinnor är ofta betydligt känsligare för påfrestningar i relationer mellan människor medan männen får ett större stresspåslag inför en prestation av något slag (8).

Sjöström-strand et al. menar på att stressen som kan infinna sig efter en hjärtinfarkt inte bara kretsar kring det privata livet utan den berörde även kvinnorna professionellt (27). Det var många kvinnor som kände att de på grund av sin sjukdom inte längre orkade jobba lika mycket som tidigare och det resulterade i ekonomiska problem som i sin tur gjorde att kvinnorna inte kände sig självständiga (30). Hutton et al. menar att män

upplevde det ekonomiska problemen på ett annorlunda sätt, de lade mindre vikt i sina jobb för att istället lägga mer fokus på andra viktigare saker i livet (33). Författarna spekulerar om detta kan bero på att män ofta tjänar mer pengar än kvinnor.

I föreliggande litteraturstudies resultat kan det utläsas att de allra flesta kvinnor är i behov av något slags stöd efter sin hjärtinfarkt (21,22,23,24,25,26,28). Socialt stöd anses enligt Schenck-Gustafsson et al. som en viktig stressdämpare för både männen och kvinnorna men oftast är stödet viktigare för kvinnor då de har större känsla för relationer. Det sociala stödet har för kvinnor en avgörande roll i både nyinsjuknande som i prognos. Studier visar att ett litet socialt nätverk kan göra att risken för ateroskleros ökar (8). Många kvinnor delade sin uppfattning om att stöd och uppmuntran från sin familj och sina vänner gjorde att de kunde känna sig säkrare i sin sjukdom, att dessa nära relationer kunde vara avgörande för deras välmående. Stödet innefattar inte bara stöd från kvinnornas familjer, det kan också beröra släkt, vänner, arbetskamrater, grannar samt personal från vården (21,22). Vikten av att få stöd från anhöriga styrks i en studie där släktingar, barn och barnbarn alla kunde bidra till välbefinnande (34). Almås et al. skriver att det viktigaste stödet efter en hjärtinfarkt kan vara just en nära relation med någon anhörig. Hur den närstående påverkar den drabbade kan dock variera. En nervös och orolig närstående kan i vissa fall ge den drabbade en stor fysisk och psykisk påfrestning (35).

Bristande stöd är något som beskrivs som något negativt i flera studier (21,22,24,28, 29). Sundler et al. beskriver att saknaden av ett partnerskap kan innebära att kvinnors lidande kan förhöjas och att ensamhet och tomhet kan skapas, men många kvinnor upplevde att andra nära relationer i kvinnornas liv var minst lika betydelsefulla (25). Allison et al. beskriver att en man som drabbats av hjärtinfarkt ansåg att han blev isolerad och ensam då han kände att ingen "stod på hans sida". Andra män berättade att de kunde känna sig svikna av andra familjemedlemmar. En av männen talade om att han inte pratade med sin son, och detta fick honom att känna att familjen inte gav honom något stöd (32).

4.2.2 Information från sjukvården

Kvinnorna ansåg enligt många studier att stödet från sjukvården var något centralt (21,22,24,28,30). Detta styrker bland annat Almås et al. med att påstå att patienten är i stort behov av att få adekvat information och undervisning om sin sjukdom. Något som visade sig vara bra var att först informera patienten enskilt och sedan om möjligt

informera flera stycken med samma problem tillsammans i en grupp. Informationen bör upprepas flera gånger och gärna i ett senare skede än vid insjuknandet (1,35).

Kristofferzon et al. menar att kvinnorna fick tydlig och bra information från sjukvårdspersonalen, att sjuksköterskan enkelt kunde förklara (21).

Något väl framträdande i föreliggande litteraturstudie är att alla (21,23,24,28,30) upplevde inte att informationen räckte till. Det kunde vara att informationen inte var individuellt anpassad, att den inte var relevant eller att den inte var tillräcklig (21,23,24,28,30). Dorothea Orem beskriver om hur sjuksköterskan på bästa sätt ska kunna vara till hjälp för sina patienter. Hon menar att det måste finnas en mellanmänsklig kontakt mellan patienten och sjuksköterskan. Förhållandet mellan dessa två ska inriktas på att identifiera patientens egenvårdsbehov (18). Som sjuksköterska är det av stort intresse att bemöta och informera patienter och närstående på ett bra sätt. Viktigt är att ha förmågan att kommunicera på ett respektfullt, empatiskt och lyhört sätt. Att i en dialog med patienten eller dess närstående kunna ge vägledning för att de ska känna sig delaktiga i vård och behandling. Att undervisa och informera både individuellt och i grupp och att sjuksköterskan är säker på att patienten eller dennes närstående har förstått den givna informationen. Att ge informationen till alla patienter, även om de inte visar intresse av att behöva den (36). Litteraturstudiens författare anser att det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar och läser av patienterna när information delges.

Det finns enligt Salminen et al. de familjer till drabbade personer som tycker att det är svårt att dela med sig av den information de fått från sjukvården. Många partners till drabbade patienter berättar att de hade önskat mer information för att sedan kunna delge informationen till sina barn eller andra familjemedlemmar (37).

Sjöström-Strand et al. beskriver i föreliggande studie att kvinnorna var benägna att lyckas med sina nya liv och de förändringar som det medförde men att stödet och bra information från sjukvården krävdes för att lyckas (24).

4.2.3 Upplevelser av känslor samt fysisk aktivitet

I litteraturstudiens resultat framkom det att upplevelsen av att känna sig svag, trött och utmattad var något som var vanligt efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt (24,28,30).

Andra utmaningar var de som Kristofferzon et al. beskriver i sin studie, om familj och släktingars brist på kunskap om sjukdomen. Detta gjorde att de inte kunde förstå att kvinnorna led av kronisk trötthet (22). Fredriksson et al. menar att en del patienter kände att det var svårt att hantera sina dagliga problem som symtomet kronisk trötthet

då de ansåg att sjukvården inte hade gett dem någon information om detta. Det medförde att deltagarna kände att de led på grund av deras brist på kunskap om kronisk trötthet (38). Enligt Edberg et al. är trötthet en vanlig komplikation bland människor som drabbats av en sjukdom som både kan vara en bieffekt av den aktuella behandlingen som ges eller att tröttheten är en följd av själva sjukdomen i sig. Trots att trötthet är vanligt så finns det inte någon generell behandling för att lindra dessa besvär, men utvecklingen för att lindra trötthet är under en pågående process (2). Ericson et al. skriver att långvarig trötthet är något som besvärar många efter en hjärtinfarkt, allra helst kvinnor. Dessa besvär medför att kvinnorna är extra försiktiga när det gäller att delta i olika aktiviteter som de innan sjukdomen klarade av utan bekymmer (1).

Sjöström-strand et al. tar även upp andra upplevelser som ansågs vanliga som känslor av osäkerhet och oro kring sitt tillstånd och att vägen tillbaka till att bli frisk upplevdes som en jobbig process (24). Känslor som osäkerhet tar också Hutton et al. upp i sin studie om hur män upplever sin tid efter en hjärtinfarkt. Männerna kände bland annat sig förvirrade över vilka förändringar de borde göra för att må bättre och även oro över att göra för mycket (33).

I studiens resultat är det flera av artiklarna som tar upp att det är bra med förändringar i livet efter en hjärtinfarkt. Trots denna vetskap visade det sig att kvinnorna i den föreliggande litteraturstudies resultat upplevde att det var svårt med förändring. Som bland annat att införa vardaglig motion var en viktig del för att minska risken för att drabbas av en ny hjärtinfarkt (24,28,30). Kristofferson et al. vill förespråka att det är allmänt känt att fysisk aktivitet är bra för oss och att det är en viktig källa för att främja god hälsa (39). Det är flera befolkningsstudier som visar på att motion minskar risken för att återinsjukna och dö i hjärt-kärlsjukdom. Motionen fungerar som en skydd mot hjärt-kärlsjukdomar och ju högre fysiskt aktivitet desto bättre skydd (8). Genom att sakta införa vissa förändringar i livet beskriver Hutton et al. i sin studie för män att ökad motion som promenader hade en positiv inverkan, vilket gjorde att människors självförtroende ökade (33). Rehabilitering sågs bland annat som ett gott stöd enligt föreliggande studier (22,24,28,30). De som deltog i rehabiliteringsprogram i Kristofferzon et al. studie beskriver hur de upplevde sig själva som säkrare och uppmuntrades att fullfölja sin förändring i livet efter hjärtinfarkten (22). Även i Fredriksson et al. studie kan det utläsas att deltagarna beskriver att de upplevde positiva effekter av att delta i olika gruppaktiviteter som till exempel att motionera tillsammans eller att medverka i hjärtskola (38). McSweeney et al. styrker detta med att påstå att de

kvinnor som inte deltog i något rehabiliteringsprogram inte lika lätt kunde upprätthålla och följa sitt träningsprogram (28).

Det har dock visats sig att kvinnor är mindre engagerade att delta i rehabilitering och att de avbryter den tidigare än män. En anledning kan vara att kvinnor är mer känslomässigt påverkade och har svårt att ta till sig av rehabiliteringen (8). Orem förklarar egenvård och menar att alla människor har ett eget ansvar för sin hälsa och att ansvaret inte enbart ligger på sjukvården, ansvaret ligger på varje enskild individ och att det är ett ansvar som samhället i stort bör ta (18).

4.2.4 Att hantera sin situation

Det påvisas från resultatet i förliggande studie att symtom som bröstsmärta, andningssvårigheter och generell kroppssmärta var en vanlig upplevelse vilket gjorde kvinnorna oroliga och osäkra över att de skulle drabbas av ännu en hjärtinfarkt (21,24,30). Det fanns även rädsla för vad konsekvenserna av en ny hjärtinfarkt skulle kunna innebära för dem (24). Almås et al. tar upp att en hjärtinfarkt kan upplevas som en krissituation och det är inte ovanligt med känslor som rädsla och dödsångest. Det är också vanligt att patienter känner hopplöshet inför framtiden (35). Aaron Antonovsky menar att det har en stor betydelse hur en människa ser på sitt liv. Om en människa har en grundläggande tillit och förväntan om att det kommer att ordna sig så bra som möjligt oavsett händelser i livet, så inger det en upplevelse av styrka, stabilitet och trygghet (36). Dorothea Orem talar om att upplevelsen av välbefinnande hänger samman med människans egna upplevelse av sin livssituation. Hon menar att människan trots motgångar och sjukdomar kan uppleva välbefinnande (18). Johansson et al. belyser att många av kvinnorna upplevde att hjärtinfarkten hade fått dem att vakna till, den hade fått dem att se på livet ur ett annat perspektiv (23). Salminen et al. tar upp i sin studie om positiv coping som innebär att inte ta livet förgivet, att lära sig att acceptera sin situation och försöka leva livet fullt ut (40).

4.2.5 Samtalsstöd

I Stevens et al. studie tar de upp om en kvinnas behov av att kunna prata med någon likasinnad angående hennes problem om sin hjärtinfarkt (30). Allison et al. hävdar däremot att män inte alls känner sig bekväma med att prata om sin sjukdom. De upplevde att det var en svaghet att vara sjuk och det inte var manligt att prata om det. Det var viktigt för dem att upprätthålla en fasad av att vara stark. En man berättade för andra att han mådde bra men innerst inne var han medveten om att han egentligen inte

var välmående. Han hade svårt att berätta för någon att han var ledsen och rädd (32). Detta är något som litteraturstudiens författare inte blir förvånad över då den ”typiska” mansrollen förväntas vara stark inför för sig själva och andra.

Junehag et al. menar att många patienter önskade att prata med andra patienter i samma situation både på sjukhuset men också när de kommit hem. Några önskade att få gå på arrangerade möten för att få en chans att prata om sina problem medan andra inte ville prata om sin sjukdom utan tyckte att samtalsstöd var överskattat (34). I samtalsmöten blir patienterna erbjudna samtal både enskilt och i grupp med andra i samma situation. Det är ofta sjuksköterskor som ansvarar för dessa gruppmöten men även sjukgymnaster, kuratorer, läkare och dietister medverkar. Här får patienterna möjlighet att framföra sina tankar och känslor med andra som delar liknande erfarenheter (1,41).

I Salminen et al. studie tas det upp att många partners till hjärtinfarktsdrabbade personer efterlyste en grupp för just partners. För att kunna lära sig om sjukdomen och att få de rätta verktygen för att kunna informera andra om sjukdomen, som till exempel till andra i familjen. De kände att det var svårt att prata om känsliga ämnen som detta. De önskade patient/familjemöten under sjukhustiden där sjuksköterskor deltog för att informera familjerna om hjärtinfarkt och allt vad det innebär (37). Författarna till föreliggande litteraturstudie kan ur resultatet avläsa att kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt efterfrågar samtalsstöd (23,24,30). Orem talar om hur viktigt det är med samtalsstöd och att det bör kombineras med handledning från bland annat sjuksköterskor.

Sjuksköterskans roll innefattar att handleda patienter för att minska risken att misslyckas i sitt tillfrisknade och att finnas där för att delta och uppmuntra patienter för att uppnå sina mål (15). För sjuksköterskor finns en etisk kod som används för att vägleda, reflektera och diskutera utifrån olika perspektiv. Varje sjuksköterska har “ett moraliskt ansvar för sina bedömningar och beslut”. De fyra grundläggande ansvarsområdena är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande (42).

4.2.6 Ingående artiklars urvalsmetod

Endast fem av de valda vetenskapliga artiklarna har angett vilken urvalsmetod de används sig av och dessa är Norekvål et al, Sjöström-Strand et al. (2007), Sjöström-Strand et al. (2011), Stevens et al., Day et al.

Norekvål et al. studie var en tvärsnittstudie med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Författarna i denna studie använde sig av en systematisk och en konsekutiv urvalsmetod. Ett systematiskt urval innebär att författarna väljer deltagare från journaler

eller register. Med ett konsekutivt urval menas att forskare rekryterar alla tillgängliga deltagare ur en population som har de rätta kriterierna under en viss tidsperiod (19). Författarna till föreliggande studie tycker att denna utvalsmetod är bra på grund av att de får rätt deltagare för studiens syfte.

I Stevens et al. studie redovisas ett randomiserat (slumpmässigt) urval vilket enligt Forsberg och Wengström betyder att varje individ i en population har samma chans att bli utvalda (20). Författarna i den studien har till exempel samlat in information genom att lägga ut flyers på olika offentliga platser, ett randomiserat urval. Detta ser föreliggande studies författare som en styrka då alla deltagare har haft samma möjlighet att delta (19).

I McSweeney et al. studie framkommer det inte tydligt hur forskarna gått tillväga när de valt ut sina informanter. Litteraturstudiens författares tolkning av artikelns utvalsmetod är att deltagarna valdes ut i en viss ordning, ett konsekutivt urval. Det anses som en brist för att forskarna kan ha gått miste om adekvat information.

I Svedlund et al. studie framkommer det inte heller hur forskarna har gått till väga för att välja ut deltagare, det är något som brister även i deras studie. Författarna tror även här att de använt sig av ett konsekutivt urval.

Författarna till föreliggande studie anser att författarna i Kristofferzon et al. studier har använt sig av ett ändamålsurval. Enligt Polit & Beck innebär ändamålsurval att forskaren själv har valt ut sina deltagare. Detta val görs utifrån vem författaren anser kommer att ge mest information (19). Detta anser litteraturstudiens författare vara något som kan påverka kvaliteten på studiens resultat på grund av forskarens tidigare erfarenheter, kunskaper och egna åsikter.

Författarna till föreliggande studie anser att Sundler et al. studie har använt sig av ett bekvämlighetsurval. Med detta menas att forskaren väljer personer som är lättillgängliga. Bekvämlighetsurval anses inte kunna ge en variation på deltagarna för att resultatet inte kan generaliseras (19).

I Sundler et al. studie har de först utfört intervjuerna för att sedan se vilken information som var bäst lämpad. Detta anser författarna som en svaghet då forskaren valt informanter efter eget tycke och smak vilket kan ha begränsat denne studies resultat.

I Sjöström-Strand et al. artiklar har författarna använt sig av ett strategiskt urval vilket innebär att författarna till artiklarna väljer sina deltagare utifrån studiens syfte och frågeställningar, samt att de utifrån sina urvalskriterier kan välja de deltagare som lämpar sig bäst för studiens ämne och innehåll (19,20). Strategiskt urval används när

författarna vill få variation av deltagarnas upplevelser om vad de genomgår eller har genomgått. Det är vanligt att använda sig av ganska små undersökningsgrupper (20). Föreliggande studies författare anser att även Johansson et al. studie har använt ett strategiskt urval men detta framgår ej i deras artikel. Föreliggande litteraturstudies författare anser att ett strategiskt urval är en styrka för dessa studier då relevanta deltagare valts ut för att få den information de söker.

Endast den sista av de elva utvalda artiklarna använder sig inte bara av ett strategiskt urval utan också av ett teoretiskt urval. Med en teoretisk urvalsmetod betyder att forskaren vill finna information i form av verkliga iakttagelser (19). Författarna till litteraturstudien anser att detta urval är svårt att bedöma då Day et al. lämnat en tunn beskrivning av urvalet.

4.3 Metoddiskussion

Författarna i föreliggande studie valde att göra en litteraturstudie för att analysera och sammanställa tidigare forskning inom det valda området (19). Syftet med litteraturstudien är att beskriva kvinnors behov av stöd efter en hjärtinfarkt samt deras upplevelser av problem i det dagliga livet. Därför ansåg författarna att en beskrivande design var bäst lämpad för studien. En beskrivande design har som syfte att observera, beskriva och dokumentera aspekter av naturliga händelser (19).

I den förliggande litteraturstudien användes sökorden *myocardial infarction*, *women*, *patient experiences*, *social support* och *daily life* i databaserna Pubmed och Cinahl. Dessa sökord sammansattes i olika kombinationer för att få en mer begränsad och specifik sökning. Något som kan ses som en svaghet är att författarna till studien valde att inte använda sig av sökordet *problems*. Författarna ansåg dock inte detta som en svaghet då tillräcklig forskning angående kvinnornas upplevelser av problem framkom genom att använda sökordet *patient experiences*.

En styrka i sökningen är att författarna använt den booleska operatörn AND för att begränsa sökningarna. På grund av begränsad tid till framställande av litteraturstudien valde författarna att inte använda booleska operatörn OR då det eventuellt skulle gett ett mycket bredare resultat (20).

För att få en bred uppfattning av kvinnornas upplevelser efter en hjärtinfarkt valde författarna att ha med kvinnor i alla åldrar vilket ansågs som en styrka därför att författarna anser att alla åldrar ger inblick i livet olika skeden.

För att finna relevant och aktuell forskning valde författarna att begränsa sökningarna efter artiklarnas publiceringsår, 2003-2013. Enligt Forsberg och Wengström anses

forskning som en färskvara då forskningsresultat fort blir historia (20). Hur vida en tidsperiod på tio-elva år anses gammal eller inte kan diskuteras, då tio-elva år tillbaka i tiden kan tyckas långt. Författarna anser dock att detta är en styrka då sökningar på tio år gjorde att resultatet smalnade av men gav relevant information. Artiklarna som användes fanns tillgängliga i free full text.

Vid val av relevanta artiklar valdes endast artiklar publicerade på engelska. Det kan ha medfört feltolkningar då författarna har översatt artiklarna från engelska till svenska. Det kan därför anses som en svaghet eftersom författarnas modersmål är svenska.

4.4 Allmän diskussion

Den största dödsorsaken i Sverige de senaste åren är hjärtinfarkt. Dödligheten har dock minskat radikalt under de senaste 50 åren och den fortsätter att sjunka (1,2,9). Kvinnors symtom upplevs som diffusa jämfört med mäns klassiska, de kvinnliga diffusa symtomen kan vara värk i arm, rygg, nacke och käke. Vanligt för kvinnor är också huvudvärk, magvärk och illamående, det klassiska symtomet som bröstsmärta som strålar ut i vänster arm ses oftare hos män (1,2,8,10,11). Eftersom dessa kvinnor inte riktigt inser vad symtomen innebär för att de inte alltid har de atypiska symtomen som läroboken säger, tar det ofta längre tid innan de söker hjälp från vården för sina problem (8). Därför anser föreliggande studies författare att det borde finnas mer forskning på just denna patientgrupp samt på deras skiljande symtom. Det är därför av stor vikt att identifiera varningssignaler och symtom vid ett tidigt skede för att överleva (3).

Något som är väl känt i resultatet till föreliggande litteraturstudie är att kvinnor är i stort behov av stöd efter att de drabbats av en hjärtinfarkt. Olika former av stöd vid olika tillfällen (21,22,23,24,25). Författarna till föreliggande litteraturstudie kan avläsa i resultatet att många kvinnor kände rädsla och hade tankar om att drabbas av en ny hjärtinfarkt (23,24,26,27,30). Framställningen av resultatet visar att många kvinnor upplever en stor brist på adekvat information från sjukvården. Detta behövs för att lyckas med livet efter hjärtinfarkten (21,23,24,28,30). Det är upp till sjukvårdspersonal att framföra informationen på ett bra och adekvat sätt. Att se till att dessa patienter tryggt kan åka hem från sjukhuset med rätt information utan att behöva känna sig oroliga och rädda för vad sjukdomen kan göra med dem.

Utifrån studiens resultat anser författarna att det behövs mer utbildning för sjukvårdspersonal om hur de delger information på bästa sätt.

4.5 Slutsats

Att insjukna i hjärtinfarkt kan för de allra flesta kvinnor vara svårt och medföra en stor livsförändring. Stora problem i nuvarande forskning kan ses i form av att många kvinnor inte får den information eller det stöd som krävs för att lyckas med att förändra livet efter en hjärtinfarkt. Stödet från familj och närstående är minst lika viktigt som stödet från sjukvården. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att hjärtinfarktsdrabbade kvinnor efterfrågar adekvat information om sin hjärtinfarkt och vad det nya livet innebär för dem, samt att deras anhöriga får den rätta informationen för att de tillsammans ska kunna fullfölja förändringarna som bör göras för att livet ska bli lättare att leva. Detta medför att mer forskning behövs för att sjuksköterskor ska kunna tillgodose kvinnornas behov.

5.0 Referenslista

- (1) Ericson E, Ericson T. Illustrerade medicinska sjukdomar - Specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi. Studentlitteratur AB, 2008.
- (2) Edberg A-K, Wijk H. Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. Studentlitteratur AB, 2009.
- (3) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disparities in adult awareness of heart attack warning signs and symptoms--14 states, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008 Feb 22;57(7):175-179.
- (4) WHO. What are the risk factors for cardiovascular disease? (Dokument på internet). Hämtad 2013-10-14. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- (5) Iversen B, Jacobsen BK, Lochen ML. Active and passive smoking and the risk of myocardial infarction in 24,968 men and women during 11 year of follow-up: the Tromso Study. Eur J Epidemiol 2013 Aug;28(8):659-667.
- (6) Juarez-Herrera U, Jerjes-Sanchez C, RENASICA II Investigators. Risk factors, therapeutic approaches, and in-hospital outcomes in Mexicans with ST-elevation acute myocardial infarction: the RENASICA II multicenter registry. Clin Cardiol 2013 May;36(5):241-248.
- (7) Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004 Sep 11-17;364(9438):937-952.
- (8) Schenck-Gustafsson K. Kvinnohjärtan-hjärt-och kärlsjukdom hos kvinnor. Författarna och studentlitteratur 2003.
- (9) Socialstyrelsen. Folkhälsan I Sverige-Årsrapport 2013. (Dokument på internet). Hämtad 2013-10-14. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-26>
- (10) Culic V, Eterovic D, Miric D, Silic N. Symptom presentation of acute myocardial infarction: influence of sex, age, and risk factors. Am Heart J 2002 Dec;144(6):1012-1017.
- (11) Vårdguiden. Symtom vid hjärtinfarkt. (Dokument på internet). Hämtad 2013-10-14. <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Hjartinfarkt/>
- (12) Hjärt-lungfonden. Livet efter hjärtinfarkt. (Dokument på internet). Hämtad 2013-10-14. <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartinfarkt/Leva-med-sjukdomar>
- (13) Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. Eur Heart J 2008 Apr;29(7):932-940.

- (14) Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor. (Dokument på internet) Hämtad 2013-10-14. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- (15) Dorothea O. Nursing. Concepts of practice. 6th edition. 2001
- (16) Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E. Grundläggande omvårdnad del 3. Stockholm: Liber; 2005.
- (17) Friberg F, Öhlen J. Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt. Studentlitteratur AB, 2009.
- (18) Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E. Grundläggande omvårdnad del 4. Stockholm: Liber; 2005.
- (19) Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- (20) Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Andra upplagan. Stockholm: Natur och kultur; 2008.
- (21) Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. J Clin Nurs 2007 Feb;16(2):391-401.
- (22) Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Managing consequences and finding hope--experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. Scand J Caring Sci 2008 Sep;22(3):367-375.
- (23) Johansson A, Dahlberg K, Ekebergh M. Living with experiences following a myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs 2003 Sep;2(3):229-236.
- (24) Sjostrom-Strand A, Ivarsson B, Sjöberg T. Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. Scand J Caring Sci 2011 Sep;25(3):459-466.
- (25) Sundler AJ, Dahlberg K, Ekenstam C. The meaning of close relationships and sexuality: women's well-being following a myocardial infarction. Qual Health Res 2009 Mar;19(3):375-387.
- (26) Svedlund M, Danielson E. Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. J Clin Nurs 2004 May;13(4):438-446.
- (27) Sjostrom-Strand A, Fridlund B. Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. Scand J Caring Sci 2007 Mar;21(1):10-17.
- (28) McSweeney JC, Coon S. Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infarction. Medsurg Nurs 2004 Feb;13(1):49-56.

- (29) Day W, Batten L. Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all. *Aust J Adv Nurs* 2006 Sep-Nov;24(1):21-26.
- (30) Stevens S, Thomas SP. Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care Women Int* 2012;33(12):1096-1113.
- (31) Norekval TM, Moons P, Hanestad BR, Nordrehaug JE, Wentzel-Larsen T, Fridlund B. The other side of the coin: perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008 Mar;7(1):80-87.
- (32) Allison M, Campbell C. "Maybe it could be a heart attack . . . but i'm only 31": Young men's lived experience of myocardial infarction--an exploratory study. *Am J Mens Health* 2009 Jun;3(2):116-125.
- (33) Hutton JM, Perkins SJ. A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychol Health Med* 2008 Jan;13(1):87-97.
- (34) Junehag L, Asplund K, Svedlund M. A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive Crit Care Nurs* 2013 Aug 16.
- (35) Almås H, Stubberud D, Grønseth R. *Klinisk omvårdnad. Del 1*. Stockholm: Liber; 2011.
- (36) Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E. *Grundläggande omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber; 2005.
- (37) Salminen-Tuomaala MH, Astedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping with the effects of myocardial infarction from the viewpoint of patients' spouses. *J Fam Nurs* 2013 May;19(2):198-229.
- (38) Fredriksson-Larsson U, Alsen P, Brink E. I've lost the person I used to be--experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2013 Jun 14;8:20836.
- (39) Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E. *Grundläggande omvårdnad del 2*. Stockholm: Liber; 2005.
- (40) Salminen-Tuomaala M, Astedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping Experiences: A Pathway towards Different Coping Orientations Four and Twelve Months after Myocardial Infarction-A Grounded Theory Approach. *Nurs Res Pract* 2012;2012:674783.
- (41) 1177. Rehabilitering med sjukhushjälp. (Dokument på internet). Hämtad 2013-10-14. <http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hjartinfarkt/#section-2>
- (42) ICN:s etiska kod. (Dokument på internet). Hämtad 2013-10-14. <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Ref nr	Författare, Publiceringsår, Land	Titel	Syfte	Design	Urval Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalys	Huvudresultat
21.	Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. 2007. Sverige	Striving for balance in daily life: experience of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction.	Att beskriva upplevelser i det dagliga livet för kvinnor och män under de första fyra till sex månaderna efter hjärtinfarkt. Fokus ligger på problemen, att hantera problemen samt stödet från deras nätverk.	Kvalitativ ansats, Beskrivande design.	Urval framgår ej. 20 kvinnor med medelåldern 65 år.	Semistrukturerad intervjuguide med följdfrågor.	Transkriberad innehållsanalys.	Fysiska symtom och känslomässig smärta var de vanligaste beskrivna problemen vid insjuknandet och under de första månaderna efter en hjärtinfarkt. Deltagarna klarade av sina problem genom att förhandla med sig själva, förlita sig på sin egen förmåga, förändra attityder och beteenden och ta egna beslut. Det sociala nätverket var oftast stödjande men de upplevde också kommunikationsproblem.
22.	Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. 2008. Sverige	Managing consequences and finding hope-- experience of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction.	Syftet med studien att beskriva erfarenheter av vardagen för kvinnor och män 4-6 månader efter MI och deras förväntningar inför framtiden.	Kvalitativ innehållsanalys. Jämförande design.	Urval framgår ej. 20 kvinnor med medelåldern 65 år.	Semistrukturerad intervjuguide med följdfrågor.	Transkriberad innehållsanalys.	Många av patienterna hade inte etablerat ett stabilt hälsotillstånd, även om symtomen och hade avtagit med tiden. De var tvungna att hantera konsekvenserna av deras hjärtinfarkt såsom hälsoproblem, livsstilsförändringar, känslomässiga reaktioner och förändringar i sociala livet. De fann en mening i vad som hade hänt och fick en framtidstro.
23.	Johanssona A, Dahlberg K, Ekebergh M. 2003. Sverige	Living with experience following a myocardial infarction.	Att undersöka kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ intervjustudie med en Fenomenologisk riktning.	Urval framgår ej. Åtta kvinnor intervjuades.	Semistrukturerad intervju med följdfrågor.	Transkription som analyserades med en fenomenologisk inriktning.	Att leva med hjärtinfarkt kan innebära ett liv i osäkerhet som kommer från att kvinnorna känner sig osäker i sin kropp. Kvinnorna kan inte längre lita på sina kroppar vilket betyder att de inte kan lita på sitt liv.

								<p>Livet förändras efter en hjärtinfarkt.</p>
24.	<p>Sjöström-strand A, Ivarsson B, Sjöberg T. 2011. Sverige.</p>	<p>Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later.</p>	<p>Att utforska och beskriva hur kvinnor uppfattar deras hälsa och vardagsliv 5 år efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ ansats. En explorativ design, utforskande, intervjustudie</p>	<p>Urval framgår ej. 12 kvinnor. Ålder nämns ej.</p>	<p>Intervjuer.</p>	<p>Transkriberas Explorativ, Fenomenografisk.</p>	<p>Studien visade att kvinnorna började att se framåt efter sina svårigheter som de stött på efter hjärtinfarkten. Trötthet och andra hälsoproblem var de vanligaste symptomen 5 år efter hjärtinfarkten. Dessa symptom angavs som orsaken till svårigheterna att fortsätta med de vanliga rutinerna och livsstilsförändringarna.</p>
25.	<p>Sundler AJ, Dahlberg K, Ekenstam C. 2009. Sverige.</p>	<p>The meaning of close relationships and sexuality: women's well-being following a myocardial infarction</p>	<p>Betydelsen av nära relationer och sexualitet för kvinnors hälsa och välbefinnande efter MI</p>	<p>Kvalitativ ansats. Beskrivande design</p>	<p>Urval framgår ej. 10 kvinnor, mellan 49 och 80 år.</p>	<p>Intervjuerna</p>	<p>Transkriberades. Fenomenologisk analys.</p>	<p>Denna studie visar hur nära relationer, inklusive sexualitet, utgör ett viktigt och meningsfullt sammanhang i kvinnors hälso- processer och välbefinnande efter en hjärtinfarkt. Nära relationer och sexualitet verkar vara sammanhängande aspekter i kvinnornas liv som också påverkas av hjärtinfarkten</p>

26.	Svedlund M, Danielsson E. 2004 Sverige	Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction.	Att belysa innebörden av levda erfarenheter i det dagliga livet efter en akut hjärtinfarkt. Berättad av drabbade kvinnor och deras partners.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	Urval framgår ej. Nio kvinnor, mellan 47-57 år.	Intervjuer med öppna frågor och följdfrågor.	Transkriberades och översattes med en fenomenologisk hermeneutiskt synsätt.	Studien visar att kvinnor med hjärtinfarkt inte har kontroll över sitt känsloliv. Detta innebär att de måste ändra den bild de har av sig själva, som en kontrollerad och glad person med positiva känslor. Dessutom visar studien att sjukdomen förändrat livet för kvinnorna. Kvinnorna tyckte att det var konstigt att upptäcka att de hade genomgått en fysisk förändring, men trots det var deras önskan att leva på samma sätt som tidigare.
27.	Sjöström-strand A, Fridlund B. 2007. Sverige	Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis.	Att beskriva och undersöka kvinnors uppfattningar om stress innan och efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design	Strategiskt urval 40 kvinnor i åldrar 31-80.	Intervjuguide.	Transkription med en fenomenografisk ansats.	För att förhindra hjärtsjukdomar i vardagen och undvika stress, är det viktigt att fokusera på stress som är en viktig riskfaktor. En förståelse av detta fenomen kan hjälpa primärvården, hjärtintensiven och sjuksköterskor i rehabilitering för att stödja dessa kvinnor och deras partners att anpassa sin vardag både före och efter en hjärtinfarkt. Det är viktigt att formulera och genomföra individualiserade behandlingsplaner och ge stödgrupper för kvinnor.

28.	McSweeney JC, Coon S. 2004. USA	Research for practice: Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infarction	Att undersöka vilka hinder kvinnor stött på vid försök att göra förändringar i hälsobeteendet efter en hjärtinfarkt.	Beskrivande design.	Urval framgår ej. 40 kvinnor mellan 27-79 år.	Semi-strukturerade intervjuer	Transkriberades.	Kvinnor i denna studie har identifierat socialt stöd, ekonomi, miljö och drivkrafter som intrikat sammanvävda hämmare och handledare att göra hälsobeteende förändringar efter en hjärtinfarkt.
29.	Day W, Batten L. 2006. Nya Zeland	Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all.	För att undersöka kvinnors uppfattningar av deras medverkan i hjärtrehabilitering till deras återhämtning från en hjärtinfarkt.	Beskrivande design.	Strategiskt och teoretiskt urval. Tio kvinnor mellan 50-89 år.	Semi-strukturerad djupintervju.	Komparativ analys.	Resultaten av denna studie ger bra insikter om den roll som hjärtrehabilitering spelar i kvinnors återhämtning från en hjärtinfarkt. För att "återfå vardaglighet" var kvinnorna i denna studie tvungna att "dela in" sina liv för att införliva deras erfarenhet kring hjärtinfarkten.
30.	Stevens S, Thomas S.P. 2012. USA.	Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction	Upplevelserna för medelålders kvinnor som överlevt en hjärtinfarkt som återvänder hem för att återhämta sig.	Kvalitativ intervjustudie, fenomenologisk forskningsmetod.	Randomiserat urval. Kvinnor i åldrarna 45-65, med hjärtinfarkt första gången. Antal kvinnor framgår ej.	Öppna intervju frågor. Ingen intervjuguide. Flyers delades ut för att rekrytera deltagare.	Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av metoden för Thomas och Pollio. Hermeneutisk analys	Från intervjuerna fick författarna en ny inblick i hur det är för kvinnor att komma hem för tillfrisknande efter en hjärtinfarkt. Känslor av ångest, rädsla, och ofta tankar på döden var vanligast rapporterade av deltagarna, även av kvinnor vars hjärtinfarkt hände för längesen.

31.	Norekvål T, Moons P, Hanestad B, Nordrehaug J, Wentzel-Larsen T Fridlund B. 2008. Norge	The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction	Att undersöka eventuella positiva effekter av sjukdomen, att beskriva vad som är utmärkande för dessa patienter samt att utforska förekomsten av dessa effekter hos äldre kvinnor efter hjärtinfarkt.	Kvalitativ kvantitativ (survey) tvärsnittstudie. Beskrivande design.	Systematiskt Konsekutivt urval 145 kvinnor mellan 60-80 år med diagnosen hjärtinfarkt.	Frågeformulär med öppna frågor.	Transkription. T-tests. Mann-Whitney U tests. Chi-square tests	Att drabbas av hjärtinfarkt kan ge positiva effekter. Fyra teman identifierades: Appreciating Life, Getting Health Care, Lifestyle Changes och Taking more care of themselves in the future. Så mycket som 65 procent av kvinnorna upplevde sina effekter som fördelaktiga.
-----	--	---	---	--	---	---------------------------------	--	---