



Institutionen för hälsovetenskaper
Sjuksköterskeprogrammet 120 p
OM8310 Fördjupningsarbete i omvårdnad

15 högskolepoäng

Kvinnors upplevelser av vardagslivet efter hjärtinfarkt

Datum: 2008-01-18

Författare: Emelie Evergren

Sofie Olsson

Handledare: Inga- Britt Lindh

Examinator: Lars Axelsson

Kvinnors upplevelser av vardagslivet efter hjärtinfarkt

Författare: Emelie Evergren och Sofie Olsson

Handledare: Inga- Britt Lindh

Litteraturstudie

Datum 2008- 01- 18

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i världen. Män och kvinnor har i regel inte samma symtom, kvinnor får oftast ont i höger skuldra, känner illamående samt åtstramning vid käkarna. Eftersom hjärtat är starkt förknippat med livet upplever många kvinnor olika känslomässiga upplevelser. **Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av vardagslivet efter hjärtinfarkt.

Metod: En allmän litteraturstudie som grundades på kvalitativa vetenskapliga artiklar gjordes. Resultatet baserades på elva artiklar som söktes fram via elektroniska databaser och därefter granskades och analyserades. **Resultat:** Det som framkom var att kvinnorna upplevde kroppsliga förändringar, inverkan på det sociala livet och känslomässiga upplevelser. Kvinnorna upplevde symtom även efter hjärtinfarkten och det sociala nätverket var en viktig del i återhämtningsprocessen. Rädsla var en återkommande upplevelse, bland annat upplevde de rädsla för döden, framtiden samt för återinsjuknande. **Diskussion:** Information och samtalsstöd är viktiga faktorer som hade kunnat underlätta återhämtningsprocessen för kvinnorna. Sådana åtgärder är en del i sjuksköterskans ansvarsområde. **Slutsats:** Existentiella behov förbises ofta i sjukvården, därför är det viktigt att uppmärksamma detta.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, kvinnor, litteraturstudie, upplevelser, vardagsliv.

Women's experiences of daily life after myocardial infarction

Author: Emelie Evergren and Sofie Olsson

Supervisor: Inga- Britt Lindh

Literature review

Date 2008- 01-18

Abstract

Background: Myocardial infarction is the most common cause of death among women in the world. Men and women are not having the same symptom, women are more likely to have pain in their right shoulder, feeling nausea as well as discomfort in the jaw. Because the heart is associated with life many women experience emotional experiences. **Aim:** The aim was to describe women's experiences of daily life after myocardial infarction. **Method:** A common literature review based on qualitative scientific articles was made. The result were based on eleven articles which was searched and retrieved in electronic databases, examined and analysed. **Results:** The women's experiences were related to bodily changes, influences on the social life and emotional experiences. The women experienced symptoms even after the myocardial infarction and the social network was an important part in the recovery process. Fear was a recurrent feeling, they experienced fear of death, for the future and relapse. **Discussion:** Information and conversation support is important to make the recovery process easier for the women. This is a part of the nurse's responsibility. **Conclusion:** Existential needs are often overlooked in the medical care, that's why it is important to notice this.

Keywords: Daily life, experience, literature review, myocardial infarction, women.

Innehållsförteckning

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
RESULTAT	8
Kroppsliga förändringar	8
Inverkan på sociala livet	11
Känslomässiga upplevelser	13
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Slutsats	22

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Checklista för kvalitativa artiklar

BAKGRUND

I litteraturen finns fysiska symtom för hjärtinfarkt väl beskrivet. Däremot är inte upplevelser i allmänhet lika väl beskrivet, därför inriktar sig denna studie på det området (Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003)

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i världen (Fridlund, Hildingh & Lidell 2007). År 2004 dog cirka 12 000 kvinnor i Sverige av hjärtinfarkt (Hovelius & Johansson 2004). Socialstyrelsen gav år 2001 ut nya riktlinjer för vården av kranskärlsjuka patienter, tre år senare påvisades en minskning av antalet hjärtsjuka. För kvinnor var minskningen 5 % (Socialstyrelsen 2004).

Hjärtinfarkt innebär försämrat blodflöde i hjärtats kranskärl, vilket leder till syrebrist i hjärtmuskeln. Ju större syrebristen är desto allvarigare blir hjärtinfarkten. Det är förträngningar i kärlväggen som orsakar det försämrade blodflödet, i värsta fall kan det utvecklas till en trombos (Almås 2001). Rökning, hypertoni, diabetes, hyperlipidemi, fysisk inaktivitet och högt BMI är faktorer som ökar risken för förträngningar i blodkärlen (Cody et al. 2007). EKG, blodprov och symtombild används för att fastställa diagnosen hjärtinfarkt (Ericson & Ericson 2002).

Vid hjärtinfarkt känner många patienter att de inte har kontroll över sin kropp, vilket kan leda till ångest. Det är viktigt att vårdpersonalen är medveten om detta, så att de på bästa sätt kan bemöta patienten. Information till patienten kan vara lugnande, däremot kan även kortfattad och saklig information bli förvrängd. Lugnt uppträdande av sjuksköterskan och en lugn miljö runt patienten kan verka ångestdämpande. Lugnt uppträdande innebär att kunna lyssna på patienten, vara närvarande och att utstråla trygghet (Jahren- Kristoffersen 1998). Efter en hjärtinfarkt kan vardagslivet kännas främmande för patienten, det är sjuksköterskans uppgift att uppmuntra och stötta patienten i rätt riktning. Att sätta

patientens förväntningar i fokus är lika viktigt som att samtidigt avgöra om förväntningarna är realistiska (Almås 2001). Roy har utvecklat en adaptationsmodell som beskriver hur omvårdnad kan bidra till hälsa genom fyra adaptationsområden. Dessa områden benämns som: fysiologisk funktion; självbild; rollfunktion och social samhörighet. Adaption innebär att människor anpassar sig till förändringar som de ställs inför i vardagen (Johnson-Lutjens et al. 1995).

Hjärtinfarkt är en sjukdom som både män och kvinnor insjuknar i. Symtomen är i regel inte samma för de olika könen. Till skillnad från män som oftast får symptom som centrala bröstsmärtor vilka kan stråla ut i armarna, får kvinnor mer ont i höger skuldra (King & McGuire 2007). Illamående och kräkningar, åstämning vid käkarna, smärta i mage, nacke och rygg är symptom som inte alltid kopplas till hjärtinfarkt bland kvinnor (Albarran, Clarke & Crawford 2006; Cody et al. 2007). Tidigare forskning på hjärtinfarkt gjordes enbart på vita medelålders män (Albarran, Clarke & Crawford 2006). Forskning på hjärtinfarkt bedrivs vanligtvis på patienter under 60 år. Eftersom kvinnor oftast är äldre när de insjuknar är inte forskningen lika utbredd på dem (Schenk-Gustafsson 2003). Hjärtinfarkt har framförallt uppfattats som en manlig sjukdom. Media har byggt upp en sjukdomsbild för vilka symtomen för hjärtinfarkt är. Den bilden stämmer inte alltid överens med de insjuknande kvinnornas symptom, varför risken finns att de inte tar signalerna på allvar. En konsekvens kan bli att det tar längre tid innan kvinnor söker vård (Albarran, Clarke & Crawford 2006; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2005; Driscoll, Jones & Worrall- Carter 2005; Smirthwaite 2007). Eftersom sjukdomsbilden skiljer sig åt mellan könen är det troligt att även män och kvinnor har olika upplevelser efter en hjärtinfarkt. Därför är det viktigt att lyfta fram ett könsperspektiv, som i den aktuella studien visar det kvinnliga perspektivet.

Ett av sjuksköterskans kunskapsområde är att vara medveten om att alla människor reagerar olika i svåra situationer (Almås 2001). Det är viktigt att rehabiliteringen är individuell eftersom det tar olika lång tid att komma tillbaka

till vardagslivet (Tobin 2000). Hjärtat är hos många starkt förknippat med livet och vid insjuknande i hjärtinfarkt beskriver många kvinnor att de upplever olika känslomässiga upplevelser (Schenk-Gustafsson 2003).

SYFTE

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av vardagslivet efter hjärtinfarkt.

METOD

En allmän litteraturstudie grundad på kvalitativa forskningsresultat gjordes. Detta då kvalitativ forskning bygger på subjektiva upplevelser, där människans uppfattningar och tolkningar av omvärlden studeras (Backman 1998; Forsberg & Wengström 2003). Studien baserades på publicerade, vetenskapliga refereebedömda originalartiklar. Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara skrivna på svenska eller engelska. Artiklarna begränsades till år 2000-2007, eftersom litteraturstudien skulle baseras på så aktuella forskningsresultat som möjligt. En annan inklusionskriterie var att undersökningarna var gjorda efter patientens hemgång från sjukhus. Undersökningsperioden fick sträcka sig maximalt ett år efter insjuknandet. Artiklar som inte svarade på syftet och tidigare sökts fram i annan databas exkluderades. Även artiklar som innehöll både kvinnor och mäns upplevelser exkluderades om inte upplevelserna redovisades separat för de båda könen.

De databaser som användes i litteraturstudien var PubMed, Cinahl och Elin@Lund. Dessa databaser innehåller vetenskapliga tidskriftsartiklar om omvårdnad och medicin (Forsberg & Wengström 2003). *Myocardial infarction*, *women*, *experience*, *daily life*, *partner* och *after* var sökord som användes för att identifiera artiklar. Den booleska operatören "AND" användes för att kombinera de olika sökorden. Trunkering nyttjades för att bredda sökningen (Backman 1998; Forsberg & Wengström 2003).

Titlarna på artiklarna i utfallet jämfördes med syftet. Abstracten som stämde överens med syftet lästes och artiklarna skrevs därefter ut i fulltext. Därefter exkluderades de artiklar som var kvantitativa och reviewartiklar. Manuell sökning i artiklarnas referenslistor gav en användbar artikel. Artiklarna lästes var för sig av båda författarna, därefter granskades de gemensamt enligt Forsberg och Wengströms "Checklista för kvalitativa artiklar" (2003) för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten (bilaga 3). Efter kvalitetsgranskningen fick alla artiklar antingen hög kvalitet eller medel kvalitet vilket ledde till att alla inkluderades i litteraturstudien. En artikelöversikt gjordes för att få en överskådlig bild över de artiklar som ingick i studien (Forsberg & Wengström 2003). Första steget i analysen var att hitta textavsnitt som beskrev upplevelser, dessa ströks därefter under. Nästa steg var att jämföra skillnader och likheter av upplevelser. Upplevelser av liknande slag sorterades och bildade kategorier (Forsberg & Wengström 2003).

RESULTAT

I de granskade studierna framkom tre kategorier: kroppsliga förändringar; inverkan på sociala livet och känslomässiga upplevelser.

Kroppsliga förändringar

Flera studier visade att kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt upplevde trötthet, utmattning och orkeslöshet när de kom hem från sjukhusvistelsen. Tröttheten medförde att de inte orkade utföra samma göromål som tidigare på grund av sämre energi. Den fysiska svagheten gjorde att kvinnorna undvek tunga arbetsysslor i exempelvis hemmet, vilket tvingade dem till att förändra vardagen. Alla klarade inte av det vardagliga hushållsarbetet såsom tvättning, städning och handling (Axelsson & Svedlund 2000; Brink, Hallberg & Karlson 2006; Crane & McSweeney 2003; Danielson & Svedlund 2004; Driscoll, Jones & Worrall- Carter 2005; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Fridlund & Sjöström- Strand 2007). Kvinnorna var tvungna att anpassa arbetet i hemmet utifrån sin hälsa. Många lade upp en egen strategi i hushållsarbetet och började med lättare uppgifter för att

sedan utöka dessa (Axelsson & Svedlund 2000; Tobin 2000). Trots denna svaghet ville inte kvinnorna lämna ifrån sig arbetsuppgifterna i hemmet eftersom de ansåg sig veta bäst vad som skulle göras. Eftersom de kände trötthet i alla aktiviteter var de tvungna att varva ner och utföra arbetet i ett lugnare tempo. De flesta kvinnorna koncentrerade sig på att klara av hushållsarbetet i hemmet innan de återgick till arbetet utanför hemmet. Det enda kvinnorna önskade var att allt skulle vara som innan, de ville återgå till sitt tidigare liv och ofta ville de göra mer än kroppen klarade av. Rädsla för att aldrig igen uppnå sin tidigare kapacitet var vanligt förekommande (Axelsson & Svedlund 2000; Brink, Hallberg & Karlson 2006; Crane & McSweeney 2003; Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Tobin 2000). Hälsan förändrade kvinnornas vardag både vad gällde arbete och fritid. Eftersom kroppen inte var lika stark och inte hade samma fysiska kapacitet som tidigare påverkades arbetet i hemmet, det som var enkelt tidigare blev nu jobbigt. De blev tvungna att lära sig hur mycket de klarade av att utföra (Axelsson & Svedlund 2000; Brink, Hallberg & Karlson 2006; Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003).

Livsstilsförändringar för att förhindra ytterligare en hjärtinfarkt blev en nödvändighet för många av kvinnorna efter insjuknandet. Dessa upplevdes många gånger som negativa. Anledningen till att förändringarna upplevdes negativa var att familjen påverkades samt att kunskapen inte var tillräcklig för att kunna genomföra förändringarna. Livsstilsförändringar som kvinnorna kunde ställas inför var rökstopp, hälsosammare kost, viktnedgång samt stressreduktion (Axelsson & Svedlund 2000; Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Crane & McSweeney 2003; Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Fridlund & Sjöström- Strand 2007). Rökstopp upplevdes som väldigt svårt. På sjukhuset fungerade det bra men när de återgick till vardagen blev det ett stort problem.

"I stopped smoking at the hospital. It was okay at the beginning, but it was hard when I got home. One day I felt so emotionally unstable, I cried all day and everything seemed so black I just had to have a cigarette".
(Fridlund & Sjöström- Strand 2007, s. 13).

Många upplevde att det blev svårt att hålla vikten när de slutade röka, vilket de tyckte var jobbigt (Fridlund & Sjöström- Strand 2007). Dieten bestod bland annat av en salt- och fettreducerad kost samt ökat grönsaksintag (Crane & McSweeney 2003). Det var nödvändigt att livsstilsförändringarna blev en del av vardagen och många kvinnor uttryckte att de lärde sig leva med dessa (Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002).

Flera studier visade att kvinnorna upplevde fysiska symtom en tid efter hjärtinfarkten. Symtom som kvarstod var bland annat trötthet, andnöd, obehag och smärta i bröstet (Brink, Hallberg & Karlson 2006; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Crane & McSweeney 2003; Fothergill-Bourbonnais & Kerr 2002). Symtomen gjorde kvinnorna osäkra på hur mycket aktiviteter de klarade av att utföra. De kände därför ofta rädsla för att inte kunna leva som de gjorde före hjärtinfarkten. Sjukvårdspersonalen satte upp restriktioner för förändringar i vardagen, detta upplevdes som väldigt jobbigt eftersom det inkräktade på kvinnornas självständighet (Cameron-Traub et al. 2000; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Tobin 2000).

"It makes me feel cross (short pause). It makes me feel like a kid. I can't do this, I mustn't do that. I have to get somebody else to do it if I want it done".
(Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002, s. 359).

Resultatet visade att kvinnorna hade ett stort behov av information och detta var en viktig del i rehabiliteringen. Enligt kvinnorna var sjuksköterskan den som de

lättast fick kontakt med och kände stort förtroende för. Sjuksköterskan informerade på ett lättare och mer tydligt sätt än vad läkaren gjorde. God information visade sig minska osäkerheten (Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007). Många av kvinnorna sökte information på egen hand i tidningar och böcker för att lättare kunna hantera sjukdomen. Den information de fick av sjukvårdspersonalen var generell, de upplevde att de hade haft större hjälp av individanpassad information och stöd. Informationen skulle inte enbart handla om sjukdomen utan även innehålla kost- och motionsråd eftersom detta var något som kvinnorna var osäkra på (Axelsson & Svedlund 2000; Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003).

Med tiden accepterade kvinnorna situationen och lärde sig leva med de förändringar de var tvungna att genomföra. De accepterade att de inte längre kunde ta sin fysiska hälsa för given (Axelsson & Svedlund 2000; Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Danielson & Svedlund 2004; Tobin 2000). Senare i förloppet försvann de fysiska symtomen, vilket gjorde att kvinnorna kände sig starkare. Det medförde att de vågade delta i aktiviteter precis som innan insjuknandet (Cameron- Traub et al. 2000; Fothergill-Bourbonnais & Kerr 2002; Tobin 2000).

Inverkan på sociala livet

Kvinnorna upplevde att det sociala nätverket var betydelsefullt för att kunna komma tillbaka till vardagen. Partnerns och vännernas stöd var det viktigaste i rehabiliteringen (Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Tobin 2000). Praktiskt stöd var viktigt, det innebar hjälp med hushållsarbetet såsom städning, matlagning och tvättning. Partnern tog i många fall över ansvaret för dessa uppgifter även om kvinnorna fick tala om hur det skulle skötas (Axelsson & Svedlund 2000; Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002). Att bli tvingad att lämna ifrån sig sitt tidigare ansvarsområde ledde till att de kände sig

mindre behövda. Att inte längre vara den ”starka” och drivande i hushållet upplevdes frustrerande (Axelsson & Svedlund 2000; Danielson & Svedlund 2004). Kvinnorna ville inte vara beroende av andra eftersom de då kände att de var en börda och detta framkallade skuld känslor (Axelsson & Svedlund 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Danielson & Svedlund 2004). Samtidigt som kvinnorna ville klara vardagen precis som tidigare så kände de ensamhet och övergivenhet när de inte fick tillräckligt med stöd. När kvinnorna var själva hemma upplevde de ibland ensamheten skrämmande eftersom de inte kunde få hjälp om något hände. Detta ledde till att deras partner ofta ringde hem från arbetet för att kontrollera att allt stod rätt till (Crane & McSweeney 2003; Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003; Danielson & Svedlund 2004). Männens omsorg om kvinnorna gjorde att de upplevde sig vara överbeskyddade och värdelösa eftersom det kändes som de inte kunde klara sig själva. Upplevelser som att personer i omgivningen förändrade sitt beteende gentemot kvinnorna var ett återkommande problem (Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Crane & McSweeney 2003; Danielson & Svedlund 2004; Driscoll, Jones & Worrall- Carter 2005; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Fridlund & Sjöström- Strand 2007).

Kvinnorna var rädda för att trötta ut sin partner med tankar kring sjukdomen och att detta skulle leda till en sämre relation. Flera studier visade att många kvinnor valde att undanhålla sina symtom, känslor och upplevelser för att familjen inte skulle känna oro och rädsla. Därför var det inte bara kvinnorna som påverkades av hjärtinfarkten, utan även deras omgivning (Axelsson & Svedlund 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Crane & McSweeney 2003; Danielson & Svedlund 2004).

*”... I want to be happy and can't go limping around
feeling sorry for myself because I don't want that...
I don't want people feeling sorry for me because
that doesn't make me feel any better... I have decided
that I can manage for a while... I don't tell my relatives
how I really feel...”*

(Danielson & Svedlund 2004, s. 441).

Ju bättre relation kvinnorna hade till familj och vänner innan hjärtinfarkten, desto lättare var det att komma tillbaka till det vardagliga livet. Efter hemkomst från sjukhuset kände många trötthet och orkeslöshet, vilket medförde att de inte hade tillräckligt med energi att umgås med familj och vänner. Trots detta visade studier att kvinnorna kom närmre sina partners efter hjärtinfarkten (Danielson & Svedlund 2004; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Tobin 2000).

Känslomässiga upplevelser

Att insjukna i en hjärtinfarkt upplevdes som en psykisk påfrestning på många sätt. Kvinnorna ville många gånger finna en förklaring till hjärtinfarkten för att kunna bearbeta det som hänt. Den första tiden efter hjärtinfarkten fokuserades tankarna mycket på orsaker till sjukdomen (Brink, Hallberg & Karlson 2006; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Fridlund & Sjöström- Strand 2007; Tobin 2000). Det var inte ovanligt att kvinnorna upplevde skuld och skam till sitt insjuknande på grund av att de anklagade sig själva. De kopplade i vissa fall insjuknandet till den tidigare livsstilen. Skuldkänslorna ledde till att kvinnorna kände sig misslyckade och värdelösa (Axelsson & Svedlund 2000; Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Crane & McSweeney 2003; Danielson & Svedlund 2004; Tobin 2000). När kvinnorna kom hem från sjukhuset upplevdes tillvaron kaotisk. Kaoset berodde till stor del på oro och osäkerhet (Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002). Att inte ha kontroll över när och om man kunde återvända till arbetet upplevdes stressfyllt, speciellt med tanke på den ekonomiska situationen. Många var även oroliga för hur familjen skulle påverkas,

både med tanke på det ekonomiska och praktiska (Brink, Hallberg & Karlson 2006; Cameron- Traub et al. 2000; Fridlund & Sjöström- Strand 2007).

Första reaktionen hos kvinnorna efter hjärtinfarkten var att de kände stor tacksamhet för att de överlevt. Därefter blev känslorna mer negativa (Cameron- Traub et al. 2000; Tobin 2000). Det visade sig att rädsla var ett återkommande fenomen efter insjuknandet i hjärtinfarkt. Rädslan för att komma hem från sjukhuset och behöva klara sig själv kändes jobbigt (Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003). Kvinnorna hade inte längre någon tillit till den egna kroppen och var hela tiden förberedda på att insjukna i ytterligare en hjärtinfarkt (Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Danielson & Svedlund 2004; Fridlund & Sjöström- Strand 2007; Tobin 2000). Många kvinnor var rädda för döden eftersom den upplevdes vara väldigt nära och som en del av livet. Innan hjärtinfarkten hade de inte reflekterat över hur snabbt livet kunde förändras, detta blev ett faktum efter insjuknandet och det ledde till att kvinnorna inte längre tog något för givet (Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003; Danielson & Svedlund 2004).

*”Life is not..., it is not something obvious anymore,
I don't know if I will live tomorrow, or not...”*
(Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003, s. 232).

Kvinnorna kände osäkerhet inför framtiden eftersom de var osäkra på sin egen hälsa. De kunde därför inte planera morgondagen som de önskade. Kvinnorna beskrev att rädslan generellt berodde på att de hade dålig kunskap om sjukdomen. Studier visade att god information om sjukdomen minskade rädslan och underlättade rehabiliteringen (Danielson & Svedlund 2004; Tobin 2000).

Förändringar i vardagen var svårt att undvika efter hjärtinfarkten, vilket kvinnorna var tvungna att finna sig i. De hade olika lätt för att finna sig i dessa förändringar. De flesta tappade kontrollen över hemsituationen, vilket ledde till förlust av den

roll de tidigare haft. Detta resulterade i många fall i att kvinnorna fick dålig självbild och dåligt självförtroende. Att inte längre känna sig behövd och tillräcklig orsakade psykisk stress (Crane & McSweeney 2003; Fridlund & Sjöström- Strand 2007; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002). Kvinnorna upplevde stor besvikelse på livet eftersom det liv de haft förut inte längre existerade. Det enda kvinnorna önskade var att livet skulle bli som tidigare. Vissa upplevde sig vara en annan människa än tidigare, vilket ledde till att de uttryckte att livet inte var värt att leva längre (Axelsson & Svedlund 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003; Danielson & Svedlund 2004; Fridlund & Sjöström- Strand 2007).

Studier visade att vissa kvinnor reagerade genom att förneka sjukdomen eftersom de inte ville uppfattas som sjuka. Istället för att berätta hur de verkligen kände sig, sa de att allt var bra och bytte därefter samtalsämne (Axelsson & Svedlund 2000; Brink, Hallberg & Karlson 2006; Driscoll, Jones & Worrall- Carter 2005). De ville inte bli uppfattade som gråtilda trots att de grät väldigt mycket efter hjärtinfarkten. De drog sig gärna undan för att inte visa att de var ledsna (Axelsson & Svedlund 2000; Cameron- Traub et al. 2000; Crane & McSweeney 2003; Danielson & Svedlund 2004).

Även om upplevelserna var negativa den första tiden efter hjärtinfarkten visade det sig att kvinnorna kände sig mer tillfreds med tillvaron allt efter som tiden gick. Med tiden började kvinnorna planera mer och kände hopp inför framtiden (Danielson & Svedlund 2004).

*”... now I think that there are only positive things to cope with...
there is no reason to look back... it has opened my eyes
and I realise that one should not take things for granted...
it is easier to be grateful for things”.*
(Danielson & Svedlund 2004, s. 442).

Med tiden lärde kvinnorna sig att leva med sjukdomen och minnena av den. Rädslan för döden försvann och självförtroendet ökade när de kände att de klarade av att hantera vardagen bättre, därmed uppfattades livet också bli lättare. Med tiden hittade kvinnorna tillbaka till sig själva och sin roll i vardagen och det gjorde att de kunde gå vidare med sitt liv på ett positivt sätt (Cameron-Traub et al. 2000; Danielson & Svedlund 2004;. Tobin 2000).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativa artiklar valdes för att sammanställa resultatet, då dessa ofta speglar upplevelser på ett djupare plan. Studien baserades på elva artiklar vilket gjorde att resultatet innehöll en mångfald av upplevelser. Språket i artiklarna begränsades till svenska och engelska eftersom författarna ansåg att detta var de enda språk de kunde behärska. Dock var alla elva artiklar som söktes fram skrivna på engelska. De databaser som användes ansågs relevanta med tanke på syftet (Forsberg & Wengström 2003).

De begränsningar som gjordes vid litteratursökningarna kunde innebära en risk att relevant material för studien uteslöts, vilket kunde leda till en mindre mängd information. Anledningen till att sökningen i databasen PubMed utfördes så sent i arbetsprocessen berodde på att författarna hade begränsad kunskap om hur databasen skulle hanteras. Tidigare i sökprocessen användes de förvalda årtalen som fanns under begränsningarna i databasen vilket inte motsvarade författarnas uppsatta begränsningar. Det togs ingen hänsyn till åldern på de medverkande kvinnorna i studierna. Däremot var författarnas förförståelse att hjärtinfarkt oftast drabbar kvinnor över 50 år. Dessutom angav inte alla artiklar kvinnornas ålder och en åldersbegränsning hade därför inte givit författarna ett tillräckligt stort material, vilket i så fall hade minskat studiens trovärdighet. Studien koncentrerades på kvinnornas upplevelser under hela det första året efter hjärtinfarkten. Mycket av materialet som hittades baserades på intervjuer som genomförts 2- 12 månader

efter hemgång från sjukhuset, vilket var anledningen till det valda tidsperspektivet. En artikel innehöll intervjuer som genomfördes 2 – 25 år efter hjärtinfarkten. Artikeln exkluderades till en början men efter flera genomläsningar konstaterades det att erfarenheterna i studien baserades på kvinnornas återberättelser av upplevelserna de haft första året efter hjärtinfarkten. Risken fanns dock att upplevelserna kunde ha förändrats under den långa återhämtningsprocessen.

De utvalda artiklarna granskades enligt Forsberg och Wengströms ”Checklista för kvalitativa artiklar”. Enligt författarna var en del frågor svårbegripliga, dessutom var det svårt att bedöma kvaliteten på artiklarna när checklistan var ifylld eftersom det saknades klara kriterier för hur svaren skulle bedömas. Detta kunde leda till osäkerhet i de bedömningar som gjordes eftersom en del artiklar kunde ha haft låg kvalitet och därmed skulle ha exkluderats. De etiska övervägande som gjordes härleddes till Forsberg och Wengströms bok ”Att göra systematiska litteraturstudier”. Allt material som söktes fram och svarade på syftet inkluderades i studien. Dessutom presenterades alla artiklars resultat även om de inte överensstämde med författarnas förförståelse (Forsberg & Wengström 2003). Hela genomförandeprocessen beskrevs noggrant, vilket ökade läsarens möjlighet att bedöma trovärdigheten.

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av vardagslivet efter hjärtinfarkt. Resultatet visade att kvinnornas upplevelser kunde sammanfattas i: kroppsliga förändringar; inverkan på det sociala livet och känslomässiga upplevelser. Det som var framträdande i resultatet var kvinnans ansvar i hemmet, det sociala stödets inverkan och upplevelser av rädsla. Dessa aspekter valdes därför att diskuteras.

Kvinnorna värdesätter arbetet i hemmet högre än arbetet utanför hemmet. I flera av de studier som granskades valde kvinnorna att först hitta tillbaka till tryggheten

i utförandet av till exempel städning och tvättning. Hushållsarbetet var något som kvinnorna brukade ha störst inflytande över och när partnern fick ta större ansvar över detta var kvinnorna tvungna att fungera som arbetsledare (Brink, Hallberg & Karlson 2006; Danielson & Svedlund 2004). Detta tolkas enligt författarna som att de kvinnor som är i riskåldern för hjärtinfarkt möjligtvis har ett annat synsätt än kvinnor i yngre generationer. Hushållsarbete kan vara förknippat med en kvinnlig sysselsättning där männen inte tillåts att delta. Det är viktigt att kvinnor som haft en hjärtinfarkt vågar släppa på ansvaret i hemmet för att återhämtningen ska gå snabbare. Det är inte sunt att de anstränger sig så mycket när partnern mycket väl kan utföra hushållsarbetet. Det är inte bra att anstränga kroppen för mycket direkt efter insjuknandet i hjärtinfarkt eftersom kroppen fortfarande är skör och risken att insjukna igen är stor. En parallell kan dras till rollfunktionen i Roys modell. Där beskrivs att alla människor byter roller under livets gång och ibland kan detta upplevas som svårt. Vid insjuknande i en sjukdom kan det vara extra svårt att ge upp sin tidigare roll (Jahren- Kristoffersen 1998).

Även om männen skulle försöka ta mer ansvar så skulle inte kvinnorna anse att det blev tillräckligt bra gjort eftersom de inte utförde arbetet på kvinnornas sätt. Dessutom visade en del studier att kvinnorna lätt kände sig överkörda och överbeskyddade när männen tog över för mycket av deras tidigare ansvarsområde (Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Danielson & Svedlund 2004; Driscoll, Jones & Worrall- Carter 2005; Fridlund & Sjöström- Strand 2007). Det finns en koppling till identitetsbegreppet. När den vardagliga rutinen bröts och kvinnorna inte längre kunde vara lika aktiva som de tidigare varit påverkades deras identitet. Det fanns risk för att kvinnorna upplevde att de tappade fotfästet vilket ledde till att de hade svårt att anpassa sig och identifiera sig med den nya vardagen. Detta kan vara en anledning till att kvinnorna upplevde otrygghet och ångest. För att finna en identitet var kvinnorna tvungna att acceptera den nya situationen (Birkler 2007). Författarna menar att identitet och självbild är samma sak, därför ses kopplingar till Roys adaptationsmodell. Roy menar att när en människa insjuknar i

någon form av sjukdom finns det en risk att självbilden förändras. Har patienten svårt att anpassa sig till denna självbild blir det svårare att återvinna hälsan. Alla människor har ett behov av att veta vem de egentligen är (Jahren-Kristoffersen 1998). Om patienten inte finner sig i den nya identiteten upplevs situationen jobbigare än vad den hade gjort vid ett accepterande. Det är viktigt för sjuksköterskor att vara medvetna om detta fenomen eftersom det är de som uppmärksammar vilket behov av hjälp kvinnorna har när de skrivs ut från sjukhuset. Det kan vara aktuellt att koppla in arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare och någon form av samtalsstöd. Sjuksköterskan har även en uppgift i att informera patienten om att identiteten kan förändras. Även om kvinnorna inte kan utföra samma arbete som tidigare så är det viktigt för dem att veta att de bör försöka leva som förut för att inte hamna i en identitetskris. Den närmsta tiden efter hjärtinfarkten bör arbetet göras i ett lugnare tempo än vad de är vana vid. Eftersom detta upplevdes frustrerande är det viktigt att informera om att arbetskapaciteten återgår till det normala efter några månader, det handlar bara om att ge det tid.

Det sociala nätverket är av avgörande betydelse för kvinnornas återhämtning efter hjärtinfarkten. Partnern har en viktig roll i tillfrisknandet. Flertalet av de granskade studierna visade att kvinnorna hade lättare att komma tillbaka till vardagen efter hjärtinfarkten om relationen till familj och vänner var god (Danielson & Svedlund 2004; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002; Tobin 2000). Praktiskt stöd var det som kvinnorna behövde mest och oftast var det partnern som bidrog med detta (Axelsson & Svedlund 2000; Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Fothergill- Bourbonnais & Kerr 2002). Enligt Roy så har de flesta människor någon speciell person som betyder extra mycket för dem (Jahren- Kristoffersen 1998). För de kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt är maken oftast den som värderades högst i deras liv.

Det är anmärkningsvärt att emotionellt stöd inte är något som kom fram i resultatet, det fokuserades mest på det praktiska stödet. Kvinnorna framstod som

starka och ville inte visa sin svaghet utåt. Inte ens partnern fick delta i kvinnans bearbetning av den sorg det kunde innebära att ha insjuknat i en hjärtinfarkt. Flera studier visade att kvinnorna grät i sin ensamhet när partnern var på arbetet för att de inte ville bli uppfattade som gråtmilda. Resultatet visade att trots att kvinnorna ville vara starka så grät de väldigt mycket, detta var däremot inget de ville erkänna för sina närstående (Axelsson & Svedlund 2000; Cameron- Traub et al. 2000; Crane & McSweeney 2003; Danielson & Svedlund 2004). När vuxna gråter gör de det oftast i ensamhet och kvinnor har lättare att falla i gråt än vad män har (Becht & Vingerhoets 2002 se Rydé 2007, s. 1). Gråt kan emellertid också ha en positiv inverkan, vilket hjälper patienten att bli mer avspänd och gör det lättare att hantera sjukdomen (Patel 1993 se Rydé 2007, s. 1). Anledningen till att kvinnorna inte ville erkänna för sina partner hur de egentligen mådde var att de inte ville känna sig som en börda (Axelsson & Svedlund 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2007; Danielson & Svedlund 2004). Om kvinnorna varit mer öppna med sina känslor och berättat hur de verkligen mådde så hade återhämtningsprocessen gått snabbare. Även om lyssnaren inte säger någonting så kan det kännas som en lättnad att bara få berätta om sina känslor. Antagligen upplevde partnern inte kvinnorna som en börda, utan ville istället bara ta del av kvinnans erfarenheter. I en rapport från Socialstyrelsen framkom det att kvinnors sjukskrivning varade ungefär 85 dagar längre än männens (2003). Detta skulle kunna minska om kvinnorna är mer öppna och berättar hur de känner sig. Författarna tror att emotionellt stöd är viktigt i alla återhämtningsprocesser. Det hade antagligen underlättat för kvinnorna att redan på sjukhuset få berätta om sina känslor. Sjuksköterskor har en viktig roll i att uppmärksamma kvinnornas tysta behov eftersom de inte själva ber om samtalshjälp. Om sjuksköterskan inte räcker till som samtalspartner så är det deras uppgift att se till så att det tillkallas professionell samtalspersonal. Eftersom kvinnorna ofta vill visa sig starkare än vad de egentligen är så är det viktigt att sjuksköterskan ligger ett steg före och tillfrågar dem hur de vill ha det. Det är sjuksköterskans uppgift att förklara hur viktigt det är få tala med någon om sina upplevelser.

Rädsla är en återkommande känsla bland kvinnorna som insjuknat i hjärtinfarkt. Den rädsla som framkom kan relateras till existentiella problem. I flertalet av de studier som granskades framkom att anledningen till att kvinnorna kände rädsla för att komma hem från sjukhuset var att de blev tvungna att klara sig själv. Dålig tillit till den egna kroppen medförde att de kände oro för att insjukna i ytterligare en hjärtinfarkt. Döden upplevdes komma närmre in på vardagen. Många kvinnor var rädda för framtiden och därför planerade de inte sitt liv så som tidigare (Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003; Cameron- Traub et al. 2000; Carlsson, Kristofferzon & Löfmark 2005; Danielson & Svedlund 2004; Fridlund & Sjöström- Strand 2007; Tobin 2000). De existentiella problem som kvinnorna upplevde efter hjärtinfarkten kan även medföra något positivt. Att bli medveten om hur skört livet är kan få kvinnorna att omvärdera sitt liv och ta mer vara på det. Detta kan möjligtvis resultera i att kvinnorna börjar uppskatta vardagliga situationer mer eftersom de inte längre tar någonting förgivet. En studie visade att efter en hjärtinfarkt tog inte kvinnorna lika mycket förgivet och de reflekterade över att de tidigare hade levt livet som om det varade för evigt. Viljan att leva visade sig bli starkare efter hjärtinfarkten eftersom de hade insikt i hur kort och sårbart livet kunde vara (Dahlberg, Ekebergh & Johansson 2003). Det är viktigt för sjuksköterskor att vara medvetna om kvinnornas existentiella behov så att de kan bemöta eventuella frågor som dyker upp. Det är viktigt att inte bara informera om sjukdomens symtom, utan även prata om känslomässiga upplevelser som kan uppstå. Detta för att konstatera för kvinnorna att de inte är ensamma om att känna som de gör och att känslorna går över med tiden. Sjuksköterskans uppgift är som tidigare nämnts, att erbjuda samtalsstöd. Författarna tror att rädslan som kvinnorna känner efter hjärtinfarkten försvinner med tiden allt eftersom de anpassar sig till den nya vardagen. Den enda skillnaden från det tidigare livet är att de är en erfarenhet rikare. I Roys modell beskrivs det att om människan kan anpassa sig till nya situationer så har de lättare för att se positivt på de förändringar som sker i vardagen (Jahren- Kristoffersen 1998). Inget ont utan att det har något gott med sig.

Slutsats

En slutsats som kan dras av litteraturstudien är att de existentiella behoven hos kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt lätt förbises i vården. Det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om detta behov så att de kan bemöta dessa kvinnor på ett professionellt sätt. Att våga trösta och lyssna på kvinnorna när de gråter är inte alltid lätt men något som är en del av sjuksköterskans profession. Förmodligen kommer kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt att förändras med tiden eftersom yngre generationers kvinnor bland annat inte har samma synsätt på hushållsarbete. Det är vanligare att män och kvinnor i yngre generationer delar på hushållsarbetet. Därför upplevs förlusten av arbetskapaciteten i hemmet inte lika påtaglig, vilket skulle kunna leda till minskad identitetskris. Det är viktigt att fortsätta forska inom detta område eftersom upplevelserna bland kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt troligen förändras med tiden.

REFERENSER

Albarran, JW. Clarke, BA. & Crawford, J. (2006). "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*, vol. 16, ss.1292-1301.

Almås, H. (red). (2001). *Klinisk Omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

* Axelsson, I. & Svedlund, M. (2000). Acute Myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during their rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 16. ss. 256-265.

Backman, J. (1998). *Rapporter och Uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Becht, M. & Vingerhoets, A. (2002) I: Rydé, K. (2007). *Gråtens betydelse för patienter och närstående i palliativ hemsjukvård*. Lic.- avh. Linköpings universitet.

Birkler, J. (2007). *Filosofi + Omvårdnad- Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

* Brink, E. Hallberg, L. R-M. & Karlson, B-W. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 53(4), ss. 403-411.

* Cameron- Traub, E. Chin, C. Daly, J. Davidson, P. Elliott, D. Jackson, D. Salomonson, Y. & Wade, V. (2000). Women recovering from first- time Myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32 (6), ss. 1403-1411.

* Carlsson, M. Kristofferzon, M-L. & Löfmark, R. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, ss. 391-401.

Cody, M. Elberson, K. Garvin, B-J. McSweeney, J-C. Moser, D-K. & O'Sullivan, P. (2003). Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*, vol. Nov. 25, ss. 2619-2623.

* Crane, P-B. & McSweeney, J-C. (2003). Exploring older women's lifestyle changes after myocardial infarction. *Medsurg Nursing*, vol. 12, ss. 170-176.

* Dahlberg, K. Ekebergh, M. & Johansson, A. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 2, ss.229-236.

* Danielson, E. & Svedlund, M. (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, ss. 438-446.

* Driscoll, A. Jones, T. & Worrall- Carter, L. (2005). The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction. *Contemporary Nursing*, vol. 19, ss. 211-221.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

* Fothergill- Bourbonnais, F. & Kerr, E-E. (2002). The recovery mosaic: older women's lived experiences after a myocardial infarction. *Heart & Lung*, vol. 31, ss. 355-367.

Fridlund, B. Hildingh, C. & Lidell, E. (2007). Women's experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis. *Heart & Lung*, vol. 36:6, ss. 410-417.

* Fridlund, B. & Sjöström- Strand, A. (2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 21, ss. 10-17.

Hanson, U-Ch. (2002). Vad är en vetenskaplig artikel? [Elektronisk] Karolinska Institutet 2002. Tillgänglig: www.hkr.se [läst 07-09-18].

Hjärtinfarkter 1987- 2004, samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2005 (2007). [Elektronisk] Socialstyrelsen 2007. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se [läst 07-12-19].

Hovellius, B. & Johansson, E-E. (red). (2004). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur.

Jahren- Kristoffersen, N. (1998). *Allmän Omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

Jahren- Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad 3*. Stockholm: Liber.

Johnson- Lutjens, L-R. Leininger, M. Reed, K-S. & Reynolds, C-L. (1995). *Anteckningar om Omvårdnadsteorier III*. Lund: Studentlitteratur.

King, K-B. & McGuire, M-A. (2007). Symptom presentation and time to seek care in women and men with acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, vol. 36:4, ss. 235-243.

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2004). [Elektronisk] Socialstyrelsen 2004. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se [läst 07-09-11].

Patel, V. (1993) I: Rydé, K. (2007). *Gråtens betydelse för patienter och närstående i palliativ hemsjukvård*. Lic.-avh. Linköpings universitet.

Schenk-Gustafsson, K. (red). (2003). *Kvinnohjärtan- hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.

Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer- finns det regionala skillnader? (2003). [Elektronisk] Socialstyrelsen 2003. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se [läst 07-12-19].

Smirthwaite, G. (2007). (O)jämslällldhet i hälsa och vård- en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

* Tobin, B. (2000). Getting back to normal: women's recovery after a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 11, ss. 11-19.

* = De artiklar som använts i resultatet.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Databas	Sökord	Undersökord	Avgränsningar	Utfall	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2007-09-10	Cinahl	Myocardial infarction		2000- 2007	10 988		
			AND women		2330		
			AND daily life		29	Svarade ej på syftet.	2
2007-09-10	Cinahl	Myocardial infarction		2000- 2007 I titel.	2413		
			AND women		85	Svarade ej på syftet. Dubletter.	1
			AND daily life		3	Dubletter.	

Sökning Datum	Databas	Sökord	Undersökord	Avgränsningar	Utfall	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2007- 10-11	Elin@Lund	Myocardial infarction	AND experience	2000- 2007 I abstract.	415		
			AND women*		71		
			AND after	I titel.	8	Svarade ej på syftet.	1
2007- 10 -11	Elin@Lund	Myocardial infarction	AND women	2000- 2007 I abstract.	1307		
			AND experience		71		
			AND partner		2	Svarade ej på syftet. Dubletter.	
2007- 10- 11	Elin@Lund	Myocardial infarction	AND women	2000- 2007 Nyckelord.	46	Svarade ej på syftet. Dubletter.	
2007-10-11	Elin@Lund	Myocardial infarction	AND women	2000-2007 I titel.	210	Svarade ej på syftet. Dubletter.	2
			AND daily life		4	Dubletter.	

Sökning Datum	Databas	Sökord	Undersökord	Avgränsningar	Utfall	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2007-11-26	PubMed	Myocardial infarction		I titel/abstract 2000-2007. människor, kvinnor. svenska/engelska. Nursing journals.	229		
			AND women		98	Svarade ej på syftet. Dubletter.	4
			AND experience		21	Svarade ej på syftet. Dubletter.	

Artikelöversikt

Bilaga 2

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Axelsson I, Svedlund M. Sverige 2000	Acute Myocardial infarction in middle- aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation.	Att undersöka upplevda erfarenheter efter en hjärtinfarkt.	9 kvinnor och deras partner. 47- 57 år. EKG och hjärtmarkörer ställde diagnosen. Intervjuer 3 och 12 månader efter hemgång från sjukhus.	Personliga berättande intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Fenomenologisk- Hermeneutisk tolkning av resultatet.	Behov av rehabilitering Anpassning. Kämpa mot det. Leva så normalt som möjligt. Insikt i hur det kan bli. Förlust av frihetskänsla Känna skuld och skam. Ihållande känsla. Känna sig usel. Trött och orkeslös.	Välutvecklad metod med urval och datainsamling väl beskrivet. Hög kvalitet.
Brink, E. Hallberg R-M, L. Karlson, B- W. Sverige 2006	Readjustment 5 months after a first- time myocardial infarction: reorienting the active self.	Att beskriva förståelsen för omställningen efter hjärtinfarkt.	11 kvinnor och 10 män. Intervjuer 5 månader efter första hjärtinfarkten.	Intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Grounded theory.	Anpassning av det ”aktiva jaget”. Trötthet och andra hälsoproblem. Sjukdomsinsikt. Förminska konsekvenserna. Känsla av kontroll. Anpassning av aktiviteter.	Välutvecklad metod med urvalskriterier och datainsamling väl beskrivet. Hög kvalitet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Cameron-Traub, E. Chin, C. Daly, J. Davidson, P. Elliott, D. Jackson, D. Salomonson, Y. Wade, V. Australien 2000	Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study.	Att beskriva kvinnors upplevelser av tillfrisknandet efter en hjärtinfarkt.	10 kvinnor. 43- 77 år. Intervjuer 1, 2 och 3 veckor efter hemgång från sjukhus.	Halvstrukturerade intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie.	Vecka 1 Rädsla för framtiden. Osäkerhet. Rädsla för döden. Trötthet. Vecka 2 Känns bättre. Psykiskt starkare. Informationsbehov. Oro över jobb och hälsa. Vecka 3 Optimism inför framtiden. Fortsatt behov av information. Fysiskt och psykiskt starkare.	Välutvecklad metod med urval och datainsamling väl beskrivet. Dataanalysen innehåller inte specifika teman utan innehåller tidsperspektiv. Medel kvalitet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Carlsson, M. Kristofferzon, M-L. Löfmark, R. Sverige 2005	Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction.	Att beskriva det dagliga livet efter en hjärtinfarkt.	20 kvinnor och 19 män. Medelålder 65 år för kvinnor. Intervjuer 4-6 månader efter hjärtinfarkt.	Halvstrukturerad intervju som spelades in på band. Kvalitativ studie.	Hot mot det vanliga livet Förändringar av kropp och själ. Osäkerhet. Livsstilsförändringar. Restriktioner. Kämpa för kontroll Förhandla med sig själv Lita på sin egen kapacitet Förändrad attityd och beteende. Ta egna beslut. Det oklara nätverket Emotionell support. Specifik kunskap. Praktisk hjälp. Kommunikationsproblem	Urval och datainsamling väl beskrivet. Mycket kodade citater, vilket stärker resultatet. Hög kvalitet.
Crane, P-B. McSweeney, J- C. USA 2003	Exploring older women's lifestyle changes after myocardial infarction.	Att undersöka kvinnors livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.	15 kvinnor. Ålder över 65 år. Intervjuer 8- 12 månader efter hjärtinfarkten.	Halvstrukturerade djupintervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Etnografi.	Psykiska förändringar. Hälsoförändringar. Livsstilsförändringar. Stöd vid förändringar.	Urval och datainsamling väl beskrivet. Otydlig diskussion. Medel kvalitet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Dahlberg, K. Ekebergh, M. Johansson, A. Sverige 2003	Living with experiences following a myocardial infarction.	Att beskriva kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.	8 kvinnor. Intervjuer 2- 25 år efter en hjärtinfarkt.	Halvstrukturerade intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Fenomenologi.	Mitt hjärta och mitt liv. Leva med en opålitlig kropp. När livet misslyckas. Känna sig sårbar. Försoning.	Urval inte så väl beskrivet. Med tanke på tidsperspektivet är inte urvalsgruppen så lämplig. Däremot beskrivs upplevelserna efter hemkomst väldigt grundligt. Medel kvalitet.
Danielsson E, Svedlund M. Sverige 2004	Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction.	Att belysa upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt: berättelser av kvinnor och deras partner.	9 kvinnor mellan 47-57 år och deras partner. Intervjuer 3 och 12 månader efter hemgång från sjukhus.	Personliga berättande intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Fenomenologisk-Hermeneutisk metod.	Leva i en förändrad livssituation Visa hänsyn. Ta ansvar. Leva sida vid sida. Önskan att få bestämma själv. Se mot framtiden Osäkerhet. Orkeslöshet. Begränsningar. Hopp.	Urval och datainsamling väl beskrivet. Välutvecklat resultat. Hög kvalitet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Driscoll, A. Jones, T. Worrall-Carter, L. Australien 2005	The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction.	Att beskriva kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.	6 kvinnor. Intervjuer 4 månader efter hjärtinfarkt.	Halvstrukturerade intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie.	Första upplevelsen Varningstecken. Symtom. Förlust. Stöd Fysiskt. Psykiskt. Vårdare.	Urval och datainsamling väl beskrivet. Brett resultat dock något kortfattat. Hög kvalitet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Fothergill- Bourbonnais F, Kerr E-E. Canada 2002	The recovery mosaic: older women's lived experiences after a myocardial infarction.	Att undersöka kvinnors upplevelser av tillfrisknandet efter en hjärtinfarkt.	7 kvinnor. 67- 86 år. Intervjuer 4- 6 veckor efter hemgång från sjukhus.	Ostrukturerade djupintervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Hermeneutisk metod.	<p>Livet splittras Chock och överraskning. Begränsningar. Förlust av självkänsla.</p> <p>Att hitta en betydelse Återuppleva minnena av hjärtinfarkten. Leva med kroppsliga förändringar. Göra jämförelser.</p> <p>Lära sig leva med det "Spela efter reglerna". Fuska. Ta hand om sig själv. Stöd.</p> <p>Att hitta sin plats Läkarens godkännande. Känna sig bättre. Se framåt.</p>	Urval väl beskrivet. Svårläst men bra resultat. Hög kvalitet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Fridlund B, Sjöström- Strand A. Sverige 2007	Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis.	Att beskriva kvinnors uppfattning av stress före och efter en hjärtinfarkt.	20 kvinnor i första intervjun som var under sjukhusvistelsen och 14 kvinnor i andra intervjun. Första intervjun var på sjukhuset och den andra 4- 10 månader efter hemgång från sjukhuset.	Intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Fenomenologisk analys.	Rastlöshet. Utdragen ångest. Meningslöst liv. Faktorer som ger dålig hälsa. Tankar kring hjärtinfarkten. Depression och ensamhet. Frustration. Begränsningar. Krävande ansvar. Ekonomiska bördor.	Urval och datainsamling väl beskrivet. Välutvecklat resultat och diskussion. Hög kvalitet.
Tobin, B. Canada 2000	Getting back to normal: women's recovery after a myocardial infarction.	Att beskriva kvinnors tillfrisknande efter en hjärtinfarkt.	12 kvinnor. Intervjuer 8 veckor efter hemgång från sjukhuset.	Ostrukturerade intervjuer som spelades in på band. Kvalitativ studie. Grounded theory.	Acceptera vad som hänt Konfrontera döden. Leta efter en orsak. Sätta gränser Möta begränsningar Acceptera begränsningarna. Minska osäkerheten. Förändringar Prövningar Kontrollera sig själv. Väga för- och nackdelar. Återgå till det normala "En ny vardag". Återfå självständigheten.	Urval och datainsamling mycket väl beskrivet. Bra men svårläst resultat. Hög kvalitet.

BILAGA 4

*Checklista för kvalitativa artiklar**

A. Syftet med studien?

.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

.....

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

.....

Vilken urvalsmetod användes?

- Strategiskt urval
- Snöbollsurval
- Teoretiskt urval
- Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

.....

.....

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamling skedde)?

Ja Nej

Beskriv:

.....

.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

.....

.....

Ange datainsamlingsmetod:

- ostrukturerade intervjuer
- halvstrukturerade intervjuer
- fokusgrupper
- observationer
- video-/bandinspelning
- skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja Nej

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

.....

Ange om:

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

.....

.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans?

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja Nej

Finns risk för bias?

Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

.....
.....

Håller du med om slutsatserna?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

.....

Ska artikeln inkluderas?

Ja Nej