



Institutionen för hälsovetenskaper
Sjuksköterskeprogrammet 120 p
SJC810 Fördjupningsarbete i omvårdnad
(41-60), 10 poäng

Kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt

Datum: 070604

Författare: Emma Axelsen

Helena Björk

Jeanette Nilsson

Handledare: Suzanna Hägglöf
Examinator: Inga-Lill Koinberg

Kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt

Författare: Emma Axelsen, Helena Björk och Jeanette Nilsson

Handledare: Suzanna Hägglöf

Litteraturstudie

Datum 2007-06-04

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Det är stora skillnader i vården mellan män och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. **Syftet:**

Litteraturstudiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt.

Metod: En litteraturstudie genomfördes där endast kvalitativa artiklar granskades.

Resultat: Elva artiklar granskades och tre huvudkategorier bildades; fysiska och psykiska upplevelser, upplevelser av förändrade relationer samt kvinnors hantering av sin vardag.

Slutsats: Inom vården bör all personal använda ett holistiskt synsätt för att öka kunskapen och förståelsen för kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. Det är viktigt att sjuksköterskorna uppmärksammar de könsskillnader som finns och att både kvinnorna och deras familjer får individuellt anpassat stöd och rehabilitering. Sjuksköterskan bör även vara uppmärksam på vilka kvinnor som är i behov av stöd och en längre kontakt med vården och lägga fokus på dessa kvinnor.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, kvinnor, könsskillnader, relationer, upplevelser

Women's experiences after myocardial infarction

Author: Emma Axelsen, Helena Björk and Jeanette Nilsson

Supervisor: Suzanna Hägglöf

Literature review

Date 2007-06-04

Abstract

Background: Myocardial infarction is the most frequent cause of death in Sweden. Previous research has indicated large gender differences as regards the type of care received by the patient. **Aim:** The aim of the literature review was to describe women's experiences after myocardial infarction. **Methods:** A literature review based on eleven qualitative articles was performed. **Findings:** The articles were categorized into three main groups; physiological and psychological experiences, experiences of changed relationships, and women's coping in daily life. **Conclusions:** Drawing on previous research done in this field, we conclude that it is of crucial importance that all healthcare professionals – irrespective of profession – which encounter female heart attack sufferers, are increasing their knowledge base and their empathic skills to adequately be care for this patient group. It is especially essential for nurses to be aware of the gender differences and to give the affected woman, and her whole family, necessary and individually tailored, support and rehabilitation.

Keywords: Myocardial infarction, women, experiences, gender differences, relationships

Innehållsförteckning

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Sökmetod	7
Urval	7
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	8
Genomförande	8
RESULTAT	8
Fysiska och psykiska upplevelser	9
Fysiska upplevelser	9
Psykiska upplevelser	9
Upplevelser av förändrade relationer	10
Kvinnors hantering av sin vardag	12
Hantering av stress	12
Stöd.....	12
Livsstilförändringar.....	13
Acceptans och framtidstro.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats	20

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Checklista för kvalitativa artiklar

BAKGRUND

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Varje år blir cirka 30 000 personer akut inlagda på sjukhus efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Hälften av dödsfallen inträffar innan personerna har kommit under sjukhusvård (Socialstyrelsen, 2004). Det är stora skillnader mellan vården av män och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. Kvinnor söker oftare vård senare och får i lägre grad den behandling som de är i behov av i inledningsfasen av sjukdomen (Klein, 2001).

Hjärtinfarkt innebär att blodförsörjningen till hjärtats kranskärl försämras. När blodflödet plötsligt försämras blir det brist på syre i den del av hjärtmuskulaturen som kärlet försörjer (Socialstyrelsen, 2004). Hjärtinfarkt yttrar sig olika hos kvinnor och män. Tidigare forskning har visat att kvinnor oftast drabbas 20 år senare i livet än män (Evanoski, 1997). Dock har åldern för insjuknandet stigit och den nuvarande medelåldern är 70 år för män och 76 år för kvinnor (Stenstrand & Wallentin, 2002). Kvinnorna får oftare en icke Q-vågsinfarkt som drabbat ett av kranskärlen till skillnad från män som oftare får en trekärlssjukdom med en Q-vågsinfarkt som följd. Det är dessutom vanligare att kvinnor får en så kallad tyst infarkt (en infarkt utan symtom), vilket ökar risken för hjärtsvikt, stroke och död (Evanoski, 1997). Några dagar till en månad innan hjärtinfarkten kan varningssymtom förekomma. Dessa kan bestå av kortare perioder av smärta, tryck, andfåddhet eller trötthet (Socialstyrelsen, 2004).

Culic, Eterovic, Miric & Silic (2002) beskriver kvinnors symtom vid en hjärtinfarkt som diffusa till skillnad från de klassiskt manliga symtomen. De diffusa symtomen kan vara illamående, kräkningar, trötthet, svimningar, svettningar, tinnitus, hicka, hosta, huvudvärk samt smärta i buk, käke, nacke, hals, skuldror och rygg. De klassiskt manliga symtomen är centrala bröstsmärtor som strålar ut mot vänster och/eller höger arm samt andnöd/andfåddhet. Symtomen bekräftas även av Milner, Funk, Richards, Mull-Wilmes, Vaccarino & Krumholz (1999), DeVon & Johnson-Zerwic (2002) samt Klein (2001). I studien av Milner, et al. (1999) beskrivs även att kvinnor inte upplever de centrala bröstsmärtorna

som smärta utan snarare som obehag eller känsla av tryck, spändhet eller tunghet (a.a.).

Symtomen tillsammans med EKG och de biokemiska parametrarna används för diagnostisering av hjärtinfarkt. När diagnosen hjärtinfarkt är ställd sätts behandling in. Målet med behandlingen är att lindra smärta och ångest, minska skada på hjärtmuskulaturen samt minska risken för komplikationer (Socialstyrelsen, 2004). Sjuksköterskan ska jobba aktivt med att förebygga och identifiera hälsorisker som är kopplade till exempelvis patientens livsstil. Det är viktigt att sjuksköterskor har kunskap och förståelse om kvinnors upplevelser under hela vårdkedjan. En annan viktig del i sjuksköterskans uppgift under behandlingen är att ha hälsofrämjande samtal och dialog med patienten (Socialstyrelsen, 2005). I studien av Turton (1998) ansåg både patienterna och sjuksköterskorna att det viktigaste att få/ge information om var livsstilsfaktorerna. Informationen/undervisningen bör vara individuellt inriktad. Även i socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) beskrivs vikten av individanpassad information.

Det är viktigt med information om hur hjärtinfarkt kan yttra sig hos kvinnor. Det förekommer idag bristande kunskap om kvinnlig hjärtinfarkt både bland sjukvårdspersonal och bland befolkningen i allmänhet. Det leder till att många kvinnor feldiagnostiseras och får sämre vård än männen i inledningsfasen av sjukdomen (Evanoski, 1997; Björkelund, et al., 2001). I studien av Björkelund, et al. (2001) beskrivs att forskningsresultat kring kvinnors hjärtsjuklighet till viss del har förtigits eller glömts bort eftersom det skapar förvirring hos forskare och hos befolkningen i övrigt. Det som kan vara problematiskt är att samma sjukdom yttrar sig på så olika sätt hos män och kvinnor, har olika huvudriskfaktorer och därmed måste förebyggas på olika sätt. Eftersom resultaten från studier utförda på kvinnor inte används har forskning utförd på enbart män kommit att generaliserats och gällt även kvinnor (Björkelund, et al., 2001).

I studien av Benson, Arthur & Rideout (1997) beskrivs att det finns tydliga könsskillnader. Att vara drabbad av en hjärtinfarkt upplevs av kvinnorna som att

ha "en mans sjukdom i en mans värld". En kvinna i studien beskriver könsskillnaderna så här:

"We are a different breed, we have different needs, we have different ways of thinking and doing things" (Benson, et al., 1997, s.20).

Gilligan (1993) beskriver könsskillnader i utvecklingspsykologin. Hon menar att manlighet utformas genom separation och kvinnlighet genom förening. Det innebär att den manliga könsidentiteten hotas av närhet medan den kvinnliga hotas av separation. Det betyder att män får problem med relationer och kvinnor får problem med individuationen. Hon beskriver även att relationer, särskilt beroenderelationer, upplevs olika av kvinnor och män (a.a.).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att beskriva kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt.

METOD

Design

En litteraturstudie genomfördes där sökandet efter vetenskapliga artiklar, som svarade på syftet, granskades kritiskt och därefter kategoriserades (Forsberg & Wengström, 2003).

Sökmetod

Sökningar av vetenskapliga artiklar utfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo samt fulltextdatabasen ELIN@Lund. Sökorden som användes var myocardial infarction, women, active self, coping, daily life, experience, life satisfaction, lived experience, living, quality of life, satisfaction, support samt well-being. Sökorden användes i olika kombinationer (bilaga 1).

Urval

Inklusionskriterier

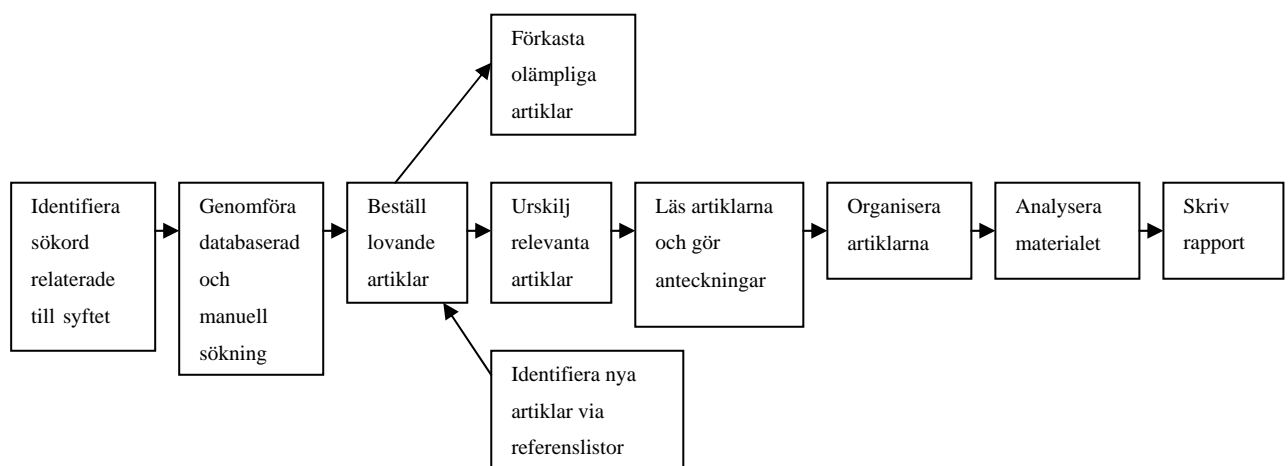
Enbart kvalitativa artiklar användes. Artiklarna var skrivna på engelska eller svenska och publicerade under åren 1997-2007. Endast artiklar som svarade på syftet inkluderades. Upplevelserna kunde identifieras i texten.

Exklusionskriterier

Artiklar som var medicinskt inriktade samt artiklar som berörde både kvinnor och män där det var oklart för vilket kön upplevelsen tillhörde exkluderades.

Genomförande

Litteraturstudien genomfördes med hjälp av Polit & Becks (2004) flödesschema (figur 1). Sökord som passade syftet valdes ut och användes i olika kombinationer. När sökorden var fastställda utfördes sökningar i elektroniska databaser. Även manuell sökning användes (bilaga 1). Sökningen resulterade i att artiklar valdes ut efter abstract eller titel. En artikel beställdes och de andra hämtades på olika bibliotek. Därefter exkluderades artiklar som var baserade på kvantitativ analys eller ej visade sig motsvara studiens syfte. Elva artiklar valdes ut och lästes igenom av författarna, varpå en artikelöversikt skapades (bilaga 2) (a.a.). Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån ”checklista för kvalitativa studier” (Forsberg, et al., 2003), (bilaga 3). Kvaliteten på artiklarna rangordnades 1-5 där 5 var bäst. Artiklarna lästes igenom ytterligare en gång då relevanta meningar och nyckelord som svarade till syftet antecknades. Slutligen bildades kategorier och resultatet sammanställdes (Polit, et al., 2004).



Figur 1.

RESULTAT

Granskningen av artiklarna resulterade i tre kategorier: fysiska och psykiska upplevelser, upplevelser av förändrade relationer samt kvinnors hantering av sin vardag. Kategorin fysiska och psykiska upplevelser delades in i subkategorierna: fysiska upplevelser, psykiska upplevelser. Kvinnors hantering av sin vardag

delades in i: hantering av stress, stöd, livsstilsförändringar samt acceptans och framtidstro.

Fysiska och psykiska upplevelser

Fysiska upplevelser

Flera studier visade att kvinnor kände sig trötta och svaga efter att ha drabbats av hjärtinfarkt (Brink, Karlson & Hallberg, 2006; Svedlund & Axelsson, 2000; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Det visade sig genom att de kände sig utmattade, kraftlösa och orkeslösa. Tröttheten medförde att de blev oförmögna att utföra sysslorna i hemmet i samma utsträckning som tidigare (Svedlund, et al., 2000; Kerr, et al., 2002; Johansson, et al., 2003; Svedlund & Danielson, 2004). Även efter infarkten kunde kvinnorna uppleva bröstsmärtor när de kände sig stressade, arga eller oroliga (Kristofferzon, Löfmark & Larsson, 2007; Johansson, et al., 2003).

Psykiska upplevelser

Flera studier visade att kvinnorna upplevde rädsla och oro efter hjärtinfarkten (Sjöström-Strand & Fridlund, 2005; Benson, et al., 1997; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2002; Sutherland & Jensen, 2000; Kerr, et al., 2002; Johansson, et al., 2003; Worrall-Carter, Jones & Driscoll, 2005). Rädslan berodde oftast på att kvinnorna var rädda för att drabbas av en ny infarkt. De var även rädda att de inte skulle känna igen symtomen vid en ny infarkt, då de upplevdes som diffusa vid den förra infarkten (Sjöström-Strand, et al., 2005; Sutherland, et al., 2000; Benson, et al., 1997). Brink, et al. (2006) beskrev att kvinnorna upplevde att de inte kunde påverka infarkten. Därför kände de rädsla och ångest för att inte kunna skydda sig mot en ny infarkt (a.a.). Några kände även rädsla och osäkerhet inför döden och var rädda för att dö i förtid. På grund av rädslan vågade de inte gå ut eller vara ensamma hemma (Svedlund, et al., 2004; Sjöström-Strand, et al., 2005; Doiron-Maillet, et al., 2002; Kerr, et al., 2002; Johansson, et al., 2003).

Många kvinnor kände ilska och aggression över att ha drabbats av en infarkt, då de ansåg att de inte förtjänade den eftersom de hade levt ett sunt och hälsosamt liv (Kerr, et al., 2002; Sutherland, et al., 2000; Worrall-Carter, et al., 2005). Några kvinnor kände skuld och anklagade sig själva för att vara orsaken till sjukdomen, eftersom de inte hade sökt hjälp eller stöd tidigare än de gjorde (Svedlund, et al.,

2004; Sutherland, et al., 2000; Svedlund, et al., 2000; Doiron-Maillet, et al., 2002). Kvinnorna kände sig misslyckade och värdelösa då deras försämrade hälsa begränsade dem i det dagliga livet. De kände även skam inför andra eftersom de såg sjukdomen som ett personligt misslyckande. De upplevde även att de hade ändrats som person och fått en förändrad syn på sin egen kropp (Svedlund, et al., 2004; Johansson, et al., 2003). Några kvinnor kände olust inför livet. De tyckte att begränsningarna som infarkten medförde gjorde att livet inte längre var värt att leva (Svedlund, et al., 2004; Svedlund, et al., 2000; Kerr, et al., 2002; Doiron-Maillet, et al., 2002; Johansson, et al., 2003). De kände att de hade upplevt en livskris och förlorat sin identitet. De tog inte längre någonting för givet (Brink, et al., 2006; Doiron-Maillet, et al., 2002; Johansson, et al., 2003). Förändrad kroppsuppfattning och existentiella problem medförde att kvinnorna trodde att de alltid skulle känna rädsla och osäkerhet inför framtiden (Doiron-Maillet, et al., 2002; Sutherland, et al., 2000). Några kvinnor upplevde tillfälliga minnesproblem och några fick även permanenta minnes- och koncentrationssvårigheter. De kvinnor som genomgått by-pass-kirurgi upplevde postoperativa hallucinationer (Kristofferzon, et al., 2007).

Upplevelser av förändrade relationer

Flera studier (Kerr, et al., 2002; Johansson, et al., 2003; Worrall-Carter, et al., 2005) visade att restriktionerna kvinnorna fick från sjukhuset medförde att de kände sig överbeskyddade av sjukvårdspersonalen. Kvinnorna upplevde att restriktionerna var en belastning som skapade frustration, skuld och maktlöshet (a.a.). De kände sig ensamma och övergivna på grund av att de inte fick stöd från sin omgivning. Några av kvinnorna upplevde att de inte blev förstådda eller trodda av andra som inte varit i samma situation. De saknade sitt sociala liv och återgick till sitt arbete tidigare än vad de egentligen borde för att fylla ensamheten (Johansson, et al., 2003; Sjöström-Strand, et al., 2005; Doiron-Maillet, et al., 2002).

Kvinnorna kände sig ignorerade av sin partner och/eller släktingar och upplevde att ingen lyssnade på dem. De kände ett behov av att bli bekräftade och sedda (Benson, et al., 1997; Sjöström-Strand, et al., 2005). Några kvinnor upplevde att deras partner hade svårare att hantera och acceptera sjukdomen än de själva

(Worral-Carter, et al., 2005). Kvinnorna var rädda att de skulle uppfattas som gnälliga om de beklagade sig över något som hade med sjukdomen att göra. De behöll sina känslor och upplevelser inom sig för att skydda familjen eftersom de trodde att sjukdomen skulle påverka familjen negativt. De ville inte vara en belastning för sin partner och/eller familj. Av hänsyn till dem försökte kvinnorna därför avsluta aktiviteter som de påbörjat under dagen. De planerade inte heller för framtiden, om det skulle vara så att de inte levde dagen efter (Svedlund, et al., 2004; Benson, et al., 1997; Svedlund, et al., 2000; Johansson, et al., 2003, Worral-Carter, et al., 2005).

Flera studier visade att kvinnorna kände sig överbeskyddade av sin partner och andra närstående (Svedlund, et al., 2004; Kerr, et al., 2002; Doiron-Maillet, et al., 2002; Kristofferzon, et al., 2007, Worral-Carter, et al., 2005). Några kvinnor upplevde däremot att mannen inte var så överbeskyddande (Svedlund, et al., 2004). De kvinnor som kände sig överbeskyddade av sin familj upplevde att de var tvungna att berätta vad de hade gjort under dagen (Svedlund, et al., 2004; Kerr, et al., 2002; Doiron-Maillet, et al., 2002; Kristofferzon, et al., 2007). Kvinnorna kände sig maktlösa, bevakade och nedvärderade. De hade svårt att hantera att de inte klarade av att upprätthålla sin gamla roll i hemmet och i familjen (Kerr, et al., 2002; Benson, et al., 1997; Doiron-Maillet, et al., 2002). Kvinnorna upplevde också att familjen och deras partner tog mer ansvar i hemmet, vilket bidrog till att de ibland kände sig uttråkade, överflödiga och rastlösa. De blev frustrerade över att inte känna sig behövda och självständiga (Svedlund, et al., 2004; Benson, et al., 1997; Kerr, et al., 2002; Sjöström-Strand, et al., 2005). Några av kvinnorna var dock imponerade av att familjemedlemmarna hjälpte till mer i hemmet (Worral-Carter, et al., 2005). I studien av Svedlund, et al. (2004) ville kvinnorna själva organisera i hemmet och de kände att de var tvungna att berätta för sin partner hur hushållsarbetet skulle skötas och på vilket sätt det skulle utföras (a.a.). Worral-Carter, et al. (2005) beskrev att kvinnorna upplevde att de fick påpeka för familjen att hushållsarbetet skulle utföras. De tyckte inte att familjen utförde hushållsarbetet tillräckligt bra, vilket ledde till att de snabbare tog tillbaka ansvaret i hemmet (a.a.). Några av kvinnorna försökte återvinna sin självständighet genom att göra hushållsarbetet i smyg samt genom att inte be andra om hjälp för att känna att de klarade sig själva

(Svedlund, et al., 2004; Benson, et al., 1997; Svedlund, et al., 2000; Sutherland, et al., 2000). Kvinnorna kämpade med att känna sig självständiga och för att återvinna sin självkänsla. De upplevde dock att det var viktigt med familjens närhet och att de kände att familjen verkligen ville vara där för dem (Svedlund, et al., 2004; Worrall-Carter, et al., 2005). En kvinna i studien av Worrall-Carter, et al. (2005) upplevde att familjebanden hade stärkts efter infarkten.

Kvinnors hantering av sin vardag

Hantering av stress

Hjärtinfarkten förändrade kvinnornas liv helt utan förvarning (Johansson, et al., 2003). De fick kämpa för att återfå en normal vardag, då de upplevde att de mist kontrollen. De använde sig av olika strategier för att hantera stressen efter infarkten (Svedlund, et al., 2004; Doiron-Maillet, et al., 2002). Några av de strategier som kvinnorna använde var att förneka sjukdomen för att minska stressen, inte prata eller tänka på sjukdomen, testa sina gränser för att se hur mycket de klarade av eller att ägna sig åt hushållsarbete. Det var viktigt för kvinnorna att utföra aktiviteter som inte var relaterade till sjukdomen för att skingra tankarna och få lugn och ro (Sjöström-Strand, et al., 2005; Svedlund, et al., 2000; Brink, et al., 2006; Doiron-Maillet, et al., 2002). De planerade och hade en bild över hur de skulle kunna hantera stressen i sitt dagliga liv och lärde sig därigenom hur de skulle göra (Sjöström-Strand, et al., 2005). Socialt umgänge gav en känsla av välmående och återgång till det normala livet (Kerr, et al., 2002). Några införskaffade sig mer kunskap om hjärtinfarkt i böcker och tidningar för att kunna hantera sjukdomen bättre. Kvinnorna försökte finna en mening med sin sjukdom (Doiron-Maillet, et al., 2002; Svedlund, et al., 2000; Kerr, et al., 2002).

Stöd

Flera studier beskrev att kvinnorna fick stöd av att prata med andra kvinnor som var eller hade varit i samma situation (Sjöström-Strand, et al., 2005; Benson, et al., 1997; Doiron-Maillet, et al., 2002; Kristofferzon, et al., 2007). Stöd var viktigt för att kvinnorna skulle kunna hantera stressen efter infarkten (Sjöström-Strand, et al., 2005). Socialt stöd minskade även risken för depression (Worrall-Carter, et al., 2005). Kvinnorna i studien av Kristofferzon, et al. (2007) hade ett stort socialt nätverk. I studien av Kerr, et al. (2002) hade kvinnorna däremot mindre men effektiva sociala nätverk som gav dem stöd i de aktiviteter som de kände att de

inte kunde klara av på egen hand (a.a.). Några kvinnor upplevde det som nödvändigt att få hjälp med städning, matlagning och handling för att återhämta sig efter infarkten (Worrall-Carter, et al., 2005). Kvinnorna upplevde att de fick ökat stöd av sin partner. De kvinnor som inte hade någon partner kände att de fick mest stöd från sina barn eller vänner. Några upplevde dock att de inte fick det stöd de behövde (Svedlund, et al., 2004; Kristofferzon, et al., 2007; Worrall-Carter, et al., 2005; Johansson, et al., 2003).

Sjuksköterskorna gav kvinnorna stöd genom att ge information om sjukdomen, vilket gjorde att kvinnorna upplevde att stressen minskade (Sjöström-Strand, et al., 2005). Individuell information var viktig för att kvinnorna skulle känna att de var värdefulla. Med hjälp av stöd och efterhand som tiden gick kunde kvinnorna återgå till det dagliga livet (Johansson, et al., 2003).

Livsstilsförändringar

Stöd gav styrka till förändring (Kristofferzon, et al., 2007). Några kvinnor såg hjärtinfarkten som ett uppvaknande, ett tillfälle att göra förändringar (Doiron-Maillet, et al., 2002). Trots att kvinnorna hade gjort stora förändringar tidigare i livet var det här något helt nytt för dem. De fick göra förändringarna i små steg på grund av de begränsningar som sjukdomen medförde. Kvinnorna kände sig varken arga eller deprimerade på grund av förändringarna utan såg dem som nödvändiga. De genomförde livsstilsförändringarna för att återta kontrollen över sina liv och det skedde på deras egna villkor. De var överlevare och de kämpade med förändringarna (Sutherland, et al., 2000). Kvinnorna insåg att de behövde lägga sin energi på förändringarna istället för att se vad de inte kunde göra (Doiron-Maillet, et al., 2002).

De kände att de behövde göra livsstilsförändringar för att kunna fortsätta leva. De kvinnor som upplevde att de misslyckades med att genomföra livsstilsförändringar kände ökad stress (Sjöström-Strand, et al., 2005). Ett misslyckande gav även skuld och skam (Svedlund, et al., 2000). De upplevde det svårt att genomföra förändringarna och fuskade med dem, det vill säga följde inte råden de fick av sjukvårdspersonalen (Kerr, et al., 2002). Bristen på kunskap kring hur förändringarna kunde genomföras gjorde processen svår. Kvinnorna kände sig

även beroende av att familjen skulle stödja dem i förändringarna (Kristofferzon, et al., 2007). I studien av Sutherland, et al. (2000) upplevde kvinnorna att de verkligen fick kämpa med sina förändringar, vilket även bekräftades i studien av Svedlund, et al. (2000). Några kvinnor påbörjade förändringsprocessen men hade inom ett år återgått till det gamla livet (Svedlund, et al., 2000).

Acceptans och framtidstro

Några kvinnor hade svårt att acceptera att de var sjuka (Doiron-Maillet, et al., 2002). De kvinnor som accepterade sjukdomen hade lättare att genomföra förändringar och gå vidare. Acceptansen gjorde dem lugnare, minskade stressen och gjorde dem självsäkra (Sjöström-Strand, et al., 2005). För att kunna acceptera sjukdomen behövde kvinnorna få en ny syn på sin kropp, själ och ande (Johansson, et al., 2003). De behövde även tid och reflektion för att anpassa sig till sin nya livssituation (Sjöström-Strand, et al., 2005). Ju längre de kom i rehabiliteringsprocessen desto mer började kvinnorna acceptera sin sjukdom och återgå till sina gamla roller och sitt tidigare ansvar (Sutherland, et al., 2000; Kerr, et al., 2002). Kvinnorna accepterade att de inte längre var lika starka och lät därmed hälsan bestämma vad de orkade göra i det dagliga livet. De anpassade sig efter sin sjukdom och sitt hälsotillstånd, till exempel genom att prioritera hushållet före arbetet. De pensionerade kvinnorna minskade sin aktivitet genom att exempelvis baka fyra bröd istället för åtta (Brink, et al., 2006; Svedlund, et al., 2000; Svedlund, et al., 2004; Kerr, et al., 2002; Johansson, et al., 2003). Några äldre kvinnor insåg att deras tid var begränsad. Kvinnorna upplevde att tid fick en ny dimension för dem (Sutherland, et al., 2000; Johansson, et al., 2003). De längtade efter att komma tillbaka till sitt normala liv och planerade för att återgå till vardagen. De trodde att de skulle kunna göra det och därför kämpade de för att lyckas (Johansson, et al., 2003; Svedlund, et al., 2004; Svedlund, et al., 2000; Sjöström-Strand, et al., 2005).

När kvinnorna accepterade sin sjukdom och så småningom kunde slå sig till ro kunde de återigen känna livsglädje (Sjöström-Strand, et al., 2005). De värderade livet annorlunda och uppskattade varje dag. Viljan av att leva blev starkare när de kände hur kort och sårbart livet är, och de kände enorm tacksamhet till livet (Sutherland, et al., 2000; Johansson, et al., 2003). Efterhand som kvinnorna

började återta kontrollen över sitt liv kände de sig värdefulla och viktiga (Doiron-Maillet, et al., 2002; Sutherland, et al., 2000). Sjukdomen medförde att kvinnorna omvärderade vad som var viktigt i livet (Svedlund, et al., 2004; Benson, et al., 1997; Svedlund, et al., 2000; Johansson, et al., 2003). De kvinnor som hade fått en förändrad kroppsuppfattning hade försonats med sin kropp. De kunde känna att de hade återfått sitt välmående, sin hälsa och mening med livet (Johansson, et al., 2003). Kvinnorna upplevde trots allt som hade hänt dem att de vågade planera för framtiden. De upplevde framtidstro och hopp (Svedlund, et al., 2004; Johansson, et al., 2003).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Eftersom syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt är litteraturstudien enbart baserad på kvalitativa artiklar. Kvalitativa artiklar syftar till att skapa förståelse för människors upplevelser (Forsberg, et al., 2003). En brist med att enbart använda kvalitativa studier är att resultaten inte går att generalisera. En annan brist är att kunskap som särskilt eller endast förekommer i kvantitativa artiklar kan ha missats. Kunskap inom området kan även ha förbisetts eftersom enbart publicerade artiklar har använts.

Eftersom tiden har varit begränsad har sökningarna inte genomförts så många gånger, vilket kan ha lett till att nytillkommet material missats. Sökorden kunde ha använts i fler kombinationer och utvidgats med hjälp av MESH-termer. Författarna anser ändå att sökorden som användes gav relevanta träffar. Flera relevanta artiklar kan dock ha missats under olika steg i sökprocessen eftersom artiklarna valdes ut med hjälp av titel och abstract, att några av sökorden (i databassökningarna) gav många träffar samt att artiklar endast skrivna på engelska använts. Några artiklar skrivna på svenska och norska har exkluderats eftersom de inte ansågs vara vetenskapliga. Sökningar i databasen Chinal gav endast artiklar med inriktning på rehabilitering och därför har inga artiklar därifrån använts. Några av artiklarna som inkluderats har förekommit i flera databaser och under flera sökord. Författarna har då valt att bara visa den första träffen i sökschemat (bilaga 1). Avgränsningen har varit åren 1997-2007 och endast en artikel var

skriven innan 2000, vilket kan tyda på att forskningen inom området har ökat det senaste decenniet.

Kvalitetsgranskningen av artiklarna har genomförts enligt ”checklista för kvalitativa artiklar” (Forsberg, et al., 2003), (bilaga 3). Forsberg, et al. (2003) anser att artiklarna ska värderas enligt en tregradig skala med hög (1), medel (2) och låg (3) kvalitet (a.a.). Författarna ansåg att en femgradig skala i omvänd ordning skulle visa kvaliteten på artiklarna tydligare. Graderingen gjordes enligt följande: mycket låg kvalitet (1), låg kvalitet (2), medelkvalitet (3), hög kvalitet (4) och mycket hög kvalitet (5). Artiklar under nivå 3 exkluderades.

Författarna hade en förförståelse att det inte var så mycket forskat om kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt och att det var skillnad mellan hur män och kvinnor upplever sin vardag efter hjärtinfarkten. Förförståelsen innefattade även att kvinnor och män får olika vård samt att männen blir bättre behandlade eftersom nästan all forskning är utförd på män. Det visade sig dock att det fanns mer forskat inom området än vad författarna trodde. Författarna hade ingen förförståelse om kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt. Då vi alla tre är kvinnor kunde vi ändå känna igen oss i deras upplevelser. Det finns därför en risk att detta har påverkat vårt resultat.

Valet av Gilligan som teoretiskgrund för att stödja resultatet kan anses vågat. Det är svårt att se om hennes utvecklingsteori är socialt eller biologiskt betingat. Författarna anser ändå att det är intressant att utgå från en utvecklingsteori om kvinnors utveckling i tolkningen av kvinnors upplevelser.

Eftersom litteraturstudien är genomförd av tre författare anser vi att risken för fel i tolkningen under granskningen av artiklarna och fel i översättningen har minskat. Över hälften av studierna i artiklarna som granskats till resultatet var genomförda i Sverige, de resterande var gjorda i Kanada och Australien. Det medför att resultatet troligtvis kan överföras till svenska förhållanden och gälla kvinnor i Sverige och till viss del övriga västvärlden.

Resultatdiskussion

I litteraturstudien framkom att kvinnorna direkt efter infarkten upplevde mycket trötthet och rädsla. De trodde att det alltid skulle finnas en viss rädsla kvar. Kvinnorna höll sin oro och sina symtom för sig själva eftersom de ville skydda andra och inte vara till belastning. Förändringar i relationerna blev tydliga och de kände sig ofta överbeskyddade av sin omgivning. Relationer och stöd var viktigt för kvinnorna under hela rehabiliteringsfasen och de kände att det var viktigt att familjen ville vara där för dem. Efterhand som tiden gick och kvinnorna accepterade sin sjukdom kunde de återgå till sina gamla roller och ansvar, och de kvinnor som accepterade sjukdomen kunde återgå fortare till en normal vardag. Det var påtagligt att kvinnorna fick nya värderingar i livet efter infarkten. De fick även en ny syn på sig själva och sin omgivning.

Det var tydligt att kvinnorna behövde tid för att återhämta sig efter infarkten och med tiden kunde kvinnorna acceptera sjukdomen och gå vidare (Sjöström-Strand, et al. 2005; Johansson, et al. 2003). Att tiden var viktig för att kvinnorna skulle må bättre bekräftades av Wickholm, et al. (2003), som beskrev att allt eftersom tiden gick blev kvinnorna mer självsäkra och mycket av rädslan de kände försvann. Författarna anser därför att kvinnorna behöver kontakt med sjukvården under en längre tid efter infarkten för att skapa en trygghet hos kvinnorna.

Stöd var viktigt för kvinnorna för att kunna hantera stressen efter infarkten. (Benson, et al., 1997; Kristofferzon, et al., 2007; Worrall-Carter, et al., 2005). Att stöd var viktigt bekräftades av Kristofferzon, et al. (2003) och Kamm-Steigelman, et al. (2006). De personer som kvinnorna upplevde gav mest stöd var familjemedlemmar och vänner, följt av vårdpersonal och grannar, vilket inte framkom i litteraturstudiens resultat (Kristofferzon, et al., 2003). I litteraturstudien beskrevs att kvinnorna fick stöd av att prata med andra kvinnor som var eller hade varit i samma situation (Sjöström-Strand, et al., 2005; Kristofferzon, et al., 2007). Vikten av att prata med någon i samma situation bekräftades även i studierna av Gregory, et al. (2006) och Kristofferzon, et al. (2003). Två studier av Kristofferzon et al. (2003; 2005b) beskrev könsskillnader i befintligt stöd. Stöd från familj var vanligt hos både män och kvinnor. Ingen skillnad gällande socialt nätverk och socialt stöd kunde påvisas. Fler kvinnor än män fick stöd från vänner

och barnbarn, medan männen i högre utsträckning fick stöd från sin partner. Kvinnorna hade ett större behov av stöd och de använde sig mer av det än männen. De upplevde även, till skillnad från männen, att de fick för lite stöd av både sin partner och sin omgivning (a.a.).

Eftersom sjukvårdspersonal rankades som den tredje viktigaste källan till stöd (Kristofferzon, et al., 2003) anser författarna att sjuksköterskor bör ha en förståelse och kunskap om att de är betydelsefulla för den drabbade kvinnan och att de förstår vikten av att vara till ett stöd för henne. Det är angeläget att även stödja de anhöriga eftersom familjen är den drabbades främsta källa till stöd. För de kvinnor som inte har några anhöriga blir sjuksköterskans stöd ännu viktigare. För kvinnorna som drabbats av en hjärtinfarkt gav det styrka att prata med någon som hade varit i liknande situation. Författarna anser därför att det är viktigt att sjuksköterskor främjar sådana möten.

Förändringar i relationerna blev tydliga och relationerna var viktiga för kvinnorna under rehabiliteringsfasen. Flera studier visade att kvinnorna kände sig överbeskyddade i sina relationer (Svedlund, et al., 2004; Kerr, et al., 2002; Kristofferzon, et al., 2007). Att kvinnorna upplevde familjen som överbeskyddande bekräftades av Dixon, et al. (2000). Överbeskyddandet visade sig genom att kvinnorna inte fick delta i aktiviteter tillsammans med familj och vänner. Det gjorde att många kände sig socialt isolerade (Marcuccio, et al., 2003; Dixon, et al., 2000). I litteraturstudien beskrevs att kvinnorna hade svårt att hantera att de inte längre klarade av att upprätthålla sin tidigare roll i hemmet och i familjen (Kerr, et al., 2002; Benson, et al., 1997; Doiron-Maillet, et al., 2002). Att kvinnorna inte kunde upprätthålla sin roll i familjen bekräftades av Marcuccio, et al. (2003), som även beskrev att de anhöriga accepterade detta. Dock upplevde några kvinnor att familjmedlemmarna blev förargade över att rollerna i hemmet förändrades (a.a.). Att kvinnornas roll i hemmet förändrades bekräftades även i studien av Gregory, et al. (2006). Det framkom att kvinnorna inte trivdes med att behöva förlita sig på att familjen skulle utföra de hushållsuppgifter som de tyckte att de själva skulle göra (a.a.). En kvinna i litteraturstudien upplevde att familjebanden hade stärkts efter infarkten (Worral-Carter, et al., 2005). Att familjelivet förändrades bekräftades av två studier (Marcuccio, et al., 2003;

Rankin & Fukuoka, 2003), båda studierna beskrev att familjelivet hade förbättras, dock upplevde några kvinnor i studien av Marcuccio, et al. (2003) att familjelivet hade försämrats.

En studie (Gregory, et al., 2006) beskrev könsskillnader i upplevelser av relationer. Männen i studien tyckte att det var viktigt att få hjälp av familjemedlemmar (oftast partnern), men klagade på att familjen visade för mycket omtanke. I samma studie framkom att kvinnorna inte upplevde omtanken från familjen som negativ till skillnad från kvinnorna i litteraturstudiens resultat, där de flesta kände sig överbeskyddade av sin familj. Det är värt att notera att männen upplevde omtanken som överbeskyddande (a.a.). Det innebär att det kanske inte är så stora skillnader mellan könen när det gäller att känna sig överbeskyddad. Författarna ser tydligt att rollerna i hemmet var viktiga för kvinnorna. Eftersom kvinnorna inte går tillbaka till arbetet lika snabbt som männen, utan istället ägnar sig åt hushållsarbete, är det viktigt att sjuksköterskan ger information och stöd till kvinnan angående när och i vilken utsträckning de kan återgå till att utföra sina hushållssysslor igen. Det är även av betydelse att kvinnorna tilldelas en sjuksköterska som de kan vända sig till och ställa frågor till under hela rehabiliteringsfasen.

Gilligan (1993) beskriver könsskillnaderna som att manlighet utformas genom separation och kvinnlighet genom förening. Det leder till att män får problem med relationer och kvinnor får problem med individuationen. Hon beskriver även att relationer, särskilt beroenderelationer, upplevs olika av kvinnor och män. Kvinnor upplever att livet är beroende av relationer. Författarna anser att det finns tydliga kopplingar mellan Gilligans utvecklingsteori och litteraturstudiens resultat. Exempel på kopplingar är att kvinnorna i litteraturstudien höll sin oro och sina symtom för sig själva eftersom de ville skydda andra, vilket kan kopplas till Gillians beskrivning av att kvinnor tänker mer på andra och på hur andra ska påverkas innan de tänker på sig själva. Kvinnorna i litteraturstudien beskriver även att de upplever sig som hjälplösa och maktlösa, vilket även beskrivs av Gillian i kombination med ständiga kompromisser. Hjälplöshet, maktlöshet och ständiga kompromisser kontra makt är tydligt knutna till samhörighet respektive separation. För kvinnor som upplever dessa känslor uppstår en inre konflikt

mellan integritet och omsorg. Eftersom det i dagens samhälle blir mer betydelsefullt med individuation även för kvinnor blir konflikten mellan integritet och omsorg ännu tydligare. För sjuksköterskor är det därför viktigt att ha denna konflikt i åtanke då de vårdar kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. Det är även intressant att koppla Gilligans teori till att vården kring hjärtinfarkt idag bygger på forskning utförd på män. Med tanke på könsskillnaderna är det därför inte konstigt att kvinnorna upplever att de fått fel vård och för lite stöd under rehabiliteringsfasen. Den känslan beror på att sjukvårdspersonalen inte har varit uppmärksamma på de könsskillnader som finns.

Slutsats

I dag anses jämställdhet och jämlikhet vara två av de grundläggande värderingarna i samhället. Det är då lätt att könsskillnaderna kommer i skymundan. Det är viktigt att sjuksköterskor och annan vårdpersonal inte glömmer bort att ha genusperspektiv och kunskap om att vård och omvårdnad kan skilja sig mellan män och kvinnor. Det är dock viktigt att tänka på att vården ska vara individuellt anpassad.

Inom vården bör ett holistiskt synsätt användas för att öka kunskapen och förståelsen för patienten. Kunskapen om könsskillnaderna inom utvecklingspsykologin är betydelsefull i omvårdnaden, eftersom den ger råd för hur sjuksköterskan kan angripa olika omvårdnadsproblem. Eftersom familjrollerna är viktiga för kvinnor bör sjuksköterskor ha i åtanke att rollerna ofta förändras när en person drabbas av hjärtinfarkt. Sjuksköterskan bör stödja både kvinnan och hennes familj samt att erbjuda rehabilitering till hela familjen. Sjuksköterskan behöver även vara uppmärksam på vilka kvinnor som är i behov av stöd och kontakt med vården under en längre tid och lägga fokus på dessa kvinnor.

Författarna anser att forskning kring hur kvinnor upplever en hjärtinfarkt utifrån ett utvecklingsperspektiv vore intressant. Även forskning om hur sjuksköterskor upplever könsskillnader hos patienter drabbade av hjärtinfarkt efterfrågas. Författarna anser att det finns för lite forskat om hjärtinfarkt utifrån sjuksköterskans perspektiv. Det hade även varit intressant med mer forskning om

kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt, samt att se om dessa studiers slutsatser används ute i praktiken.

REFERENSER

* = Artiklar som har använts i resultatet.

* Benson, G., Arthur, H., & Rideout, E. (1997). Women and heart attack: A study of women's experiences. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 8(3), 16-23.

Björkelund, C., Bengtsson, C., Schenck-Gustafsson, K., & Swahn, E. (2001). Hantering av hjärt- kärlsjukdom präglas av manligt perspektiv - Kvinnor får felaktiga omhändertaganden, diagnoser och behandlingar. *Läkartidningen*, 98(30-31), 3314-3318.

* Brink, E., Karlson, B., & Hallberg, L. (2006). Readjustments 5 months after a first-time MI: reorienting the active self. *Journal of advanced nursing*, 53(4), 403-411.

Culic, V., Eterovic, D., Miric, D., & Silic, N. (2002). Symptom presentation of acute myocardial infarction: Influence of sex, age, and risk factors. *American Heart Journal*, 144, 1012-1027.

DeVon, H., & Johnson-Zerwic, J. (2002). Symptoms of acute coronary syndromes: Are there gender differences? A review of the literature. *Heart and Lung*, 31, 235-245.

Dixon, T., Lim, L., Powell, H., & Fisher, J. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: A community-based study. *Journal of advanced Nursing*, 31, 1368-1375.

* Doiran-Maillet, N., & Meagher-Stewart, D. (2002). The uncertain journey women's experiences following a myocardial infarction. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 13(2), 14-23.

Evanoski, C. (1997). Myocardial infarction – The number one killer of women. *Critical care nursing clinics of North America*, 9(4), 489-495.

Forsberg, C., & Wengström Y. (2003). Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur.

Gilligan, C. (1993). Med kvinnors röst. Stockholm: Bokförlaget Prisma.

Gregory, S., Bostock, Y., & Backett-Milburn, K. (2005). Recovering from a heart attack: A qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 23, 220–225.

Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process. *Rehabilitation nursing*, 31(2), 63-68.

* Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with the experiences following a myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, 2, 229-236.

Kamm-Steigelman, L., Kimble, L., Dunbar, S., Sowell, R., & Bairan, A. (2006). Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in mental health nursing*, 27, 141-159.

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

Klein, W. (2001). Cardiovascular disease at the turn of the millennium: Focus on Europe. *European heart Journal Supplements*, [Supplement] M:3, M2-M6.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: Gender differences in coping and social support. *Journal of advanced nursing*, 44(4), 360-374.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005a). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Issues and innovations in nursing practice*, 52, 113-124.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005b). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart and Lung*, 34, 39-50.

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

Marcuccio, E., Loving, N., Bennett, S., & Hayes, S. (2003). A Survey of Attitudes and experiences of women with heart disease. *Women's Health Issues*, 13, 23-31.

Milner, K., Funk, M., Richards, S., Mull-Wilmes, M. R., Vaccarino, V., & Krumholz M. H. (1999). Gender difference in symptom presentation associated with coronary heart disease. *The American journal of cardiology*, 84, 396-399.

Polit, D., & Beck, C-T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rankin, S., & Fukuoka, Y. (2003). Predictors of quality of life in women 1 year myocardial infarction. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 18, 6-12.

Socialstyrelsen (2004): *Riktlinjer för hjärtsjukvård 2004*. [elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/27B72168-0A0D-42ED-A41F-DBBFA56126CD/2563/20041022.pdf> [2007-02-15].

Socialstyrelsen (2005): *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/31113/20051052.pdf> [2007-02-15].

* Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B., (2005). Women's descriptions of coping with stress at the time of and after a myocardial infarction: A phenomenographic analysis. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 16(1), 5-12.

Stenström, U., & Wallentin, L. (2002). *RIKS-HIA rapport*. [elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/23053B7A-EC7A-4E46-9769-36F2E70C93FD/0/kva026r02.pdf>. [2007-06-07].

* Sutherland, B., & Jensen, L. (2000). Elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative health research*, 10(5), 661-76.

* Svedlund, M., & Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle-aged women: Narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive and critical care nursing*, 16, 256-263.

* Svedlund, M., & Danielson, E. (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*, 13, 438-446.

Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: A study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 27, 770-778.

Walton, J. (1999). Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 34-53.

Wickholm, M., & Fridlund, B. (2003). Women's health after a first myocardial infarction: Comprehensive perspective on recovery over a 4-year period. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 19-25.

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

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Avgränsningar	Huvudsökord	Undersökord	Antal träffar (endast huvudsökord)	Antal träffar (med undersökord)	Utvalda artiklar	Motiv till exklusion av artiklar
070319	ELIN@Lund	1997-2008	Myocardial Infarction	Women	25036	1848	-	För stort antal träffar
				Women and well-being		10	Artikel 8, Artikel 10	
				Women and experience		107	Artikel 1, Artikel 9	
				Women and living		56	Artikel 5, Artikel 7	Medicinskt inriktade artiklar
				Women and Quality of life		47	-	Svarade ej på syftet
				Women and life satisfaction		97	-	Svarade ej på syftet

Datum	Databas	Avgränsningar	Huvudsökord	Undersökord	Antal träffar (endast huvudsökord)	Antal träffar (med undersökord)	Utvalda artiklar	Motiv till exklusion av artiklar
070319	ELIN@Lund	1997-2008	Myocardial Infarction	Women and satisfaction	25036	6	-	svarade ej på syftet
				Women and Active self		-	-	inga träffar
070319	PubMed	Last 10 years, English	Myocardial Infarction	Women	43889	22217	-	För stort antal träffar
				Women and Active self		16	Artikel 4	
				Women and well-being		50	-	svarade ej på syftet
				Women and experience		997	-	För stort antal träffar
				women and lived experience		8	-	Svarade ej på syftet
				Women and Daily life		107	Artikel 11	

Datum	Databas	Avgränsningar	Huvudsökord	Undersökord	Antal träffar (endast huvudsökord)	Antal träffar (med undersökord)	Utvalda artiklar	Motiv till exklusion av artiklar
070319	PubMed	Last 10 years, English	Myocardial Infarction	Women and living	43889	544	-	för stort antal artiklar
				women and quality of life		395	-	för stort antal artiklar
				women and life satisfaction		32	-	Svarade ej på syftet
				women and satisfaction		88	-	Svarade ej på syftet
070319	Chinal	1997-2007	Myocardial infarction	Women	13300	3170	-	för stort antal artiklar
				Women and well-being		331	-	för stort antal artiklar
				women and lived experience		52	-	Svarade ej på syftet
				women and quality of life		716	-	för stort antal artiklar

Datum	Databas	Avgränsningar	Huvudsökord	Undersökord	Antal träffar (endast huvudsökord)	Antal träffar (med undersökord)	Utvalda artiklar	Motiv till exklusion av artiklar
070319	Chinal	1997-2007	AMI	Women and well-being		15	-	Svarade ej på syftet
				women and lived experience		10	-	Svarade ej på syftet
070409	SveMed+		Hjärtinfarkt	Kvinnor Hjärtinfarkt		24	-	Ej vetenskapliga
070503	ELIN@Lund		Myocardial Infarction	Women and support		101	-	Svarade ej på syftet
070508	PsycInfo	Last 10 years, English	Myocardial Infarction	Women	5091	2797	-	För stort antal träffar
				Women and well-being		734	-	För stort antal träffar
				Women and experience		786	-	För stort antal träffar
				women and lived experience		15	-	Svarade ej på syftet

Datum	Databas	Avgränsningar	Huvudsökord	Undersökord	Antal träffar (endast huvudsökord)	Antal träffar (med undersökord)	Utvalda artiklar	Motiv till exklusion av artiklar
070508	PsycInfo	Last 10 years, English	Myocardial Infarction	Women and active self	5091	5	-	Svarade ej på syftet
				Women and Satisfaction		393	-	För stort antal träffar
				Women and Life satisfaction		106	-	Svarade ej på syftet
				Women and living		592	-	För stort antal träffar
				Women and Daily life		120	-	Svarade ej på syftet
				Women and coping		899	-	För stort antal träffar
				Women and support		1208	-	För stort antal träffar
				Women and Support and Satisfaction		257	-	För stort antal träffar

Datum	Databas	Avgränsningar	Huvudsökord	Undersökord	Antal träffar (endast huvudsökord)	Antal träffar (med undersökord)	Utvalda artiklar	Motiv till exklusion av artiklar
070508	PubMed	Last 10 years, English	Myocardial Infarction	Women and coping	44467	113	Artikel 2	
				Women and experience not men		56	Artikel 6	

Manuell sökning

Artikel 3 hittades genom manuell sökning i artikel 9 (Kerr, et al., 2002).

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod Genomförande	Analys	Resultat	Kvalitet
Artikel 1 M. Svedlund, E. Danielson Sverige 2004	Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experience in daily life following an acute myocardial infarction	Syftet var att belysa betydelsen av livserfarenheter av det dagliga livet efter en akut hjärtinfarkt som den är berättad av drabbade kvinnor och deras partner.	Nio kvinnor i åldrarna 47-57 år och deras partner intervjuades. Intervjuerna gjordes separat antingen i parets hem eller i ett privat rum på universitetet, 3 respektive 12 mån efter infarkten. 36 intervjuer gjordes de tog 25 - 80 min och bandinspelades (alla utom två, där anteckningar togs).	Fenomenologisk hermeneutisk metod.	Två teman med undergrupper hittades: <i>Tema 1. Att leva med en förändrad livssituation</i> - visa hänsyn - ta ansvar - leva sida vid sida - besluta vad man ska göra <i>Tema 2. Se framåt</i> - känsla av osäkerhet - känsla av kraftlöshet - känsla av begränsning - känsla av hopp	3-4
Artikel 2 A. Sjöström-Strand, B. Fridlund Sverige 2005	Women's descriptions of coping with stress at the time of and after a myocardial infarction: A phenomgraphic analysis	Syftet med studien var att beskriva och upptäcka hur kvinnor hanterar stress under och efter en hjärtinfarkt.	20 kvinnor intervjuades 2-3 dygn efter inläggning, intervjuerna hölls i ett rum nära HIA. 14 av kvinnorna deltog i den andra intervjun 4, 6 eller 10 månader efter hjärtinfarkten. Intervjuerna tog cirka 1 timme och blev bandinspelad, intervjun genomfördes på sjukhuset eller i hemmiljö.	Fenomenografi	Tre kategorier med undergrupper hittades: <i>Kategori A. Kognitiva handlingar</i> - reflektion - acceptans - planering <i>Kategori B. Social tillförlitlighet</i> - prata med någon man litar på - dela händelser - bli bekräftad <i>Kategori C. Emotionell omläggning</i> - undvikning - avslappning	4

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod Genomförande	Analys	Resultat	Kvalitet
Artikel 3 G. Benson, H. Arthur E. Rideout Kanada 1997	Women and heart attack: A study of women's experience	Syftet var att identifiera uttryckta behov hos kvinnor efter den första hjärtinfarkten	14 kvinnor deltog i Fokusgrupper, som var begränsade till 6 ämnen och 2 timmar. Huvudforskaren satt med på alla mötena och de andra två alternerade. Samtalen bandinspelades.	Fenomenologi	Fyra kategorier hittades: <i>Validation</i> - tiden på sjukhuset - omedelbara tillfriskningsfasen - hantera utmaningen av att leva efter en hjärtinfarkt <i>Upplevda könsskillnader</i> <i>Förväntningar och spänningar i roller</i> <i>Hjälpmedel och hinder av tillfriskandet</i>	4
Artikel 4 E. Brink, B W. Karlson L R-M. Hallberg Sverige 2006	Readjustment 5 months after a first-time MI: reorienting the active self	Syftet var att undersöka hur patienter återtog självbestämmande processen under återanpassningen från deras första infarkt.	Elva kvinnor och tio män valdes ut och tillfrågades om de ville delta i en longitudinell undersökning. De intervjuades 5 månader efter infarkten. Intervjuerna skedde i grupp och bandinspelades, de var utformade så att det bildades en heterogen grupp med hänsyn till ålder, utbildning och arbete.	Grounded theory	Två teman med undergrupper hittades: <i>Tema 1. Återanpassning</i> - trötthet, övriga hälsoproblem - dålig uppfattningsförmåga <i>Tema 2. Coping strategier</i> - minimerade konsekvenser - kontrollbehov - återhållsamhet i det dagliga livet	4

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod Genomförande	Analys	Resultat	Kvalitet
Artikel 5 M. Svedlund I. Axelsson Sverige 2000	Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation	Syftet var att undersöka erfarenheter efter en infarkt. Hur det är att vara partner till en som har drabbats.	Kvinnor mellan 47-57år, som levde med en manlig partner och fått diagnosen hjärtinfarkt intervjuades. Intervjuerna hölls i hemmet eller i ett enskilt rum på sjukhuset och bandinspelade. En intervju skrevs ner i form av anteckningar.	Fenomenologisk hermeneutisk analys.	Två teman med undergrupper hittades: <i>Tema 1. Nödvändig rehabilitering</i> - återanpassning - kämpa mot sjukdomen - leva så normalt som möjligt - att ha insikt <i>Tema 2. Förlorad frihet</i> - skuld känsla och skam över att vara svag - känsla av värdelöshet - utmattning - återhållsamma känslor	4
Artikel 6 N. Doiron-Maillet, D Meagher-Stewart Kanada 2002	The uncertain journey women's experiences following a myocardial infarction	Syftet var att upptäcka yngre kvinnors uppfattning av deras tillfriskningsprocess efter en hjärtinfarkt	Åtta engelsktalande kvinnor i åldrarna 33-61 år intervjuades två gånger. Deltagarna blev intervjuade i hemmiljö, intervjuerna var 90-120 min långa. Första intervjun utfördes inom 2 veckor efter inskrivning, andra intervjun genomfördes 6-8 veckor efter.	Tematisk analys	Sex teman med undergrupper hittades: <i>Leva med osäkerhet</i> <i>Kunskap från andra</i> - brist på relevant information - motsägelsefull information - begränsad diskussion <i>Plötslig medvetenhet</i> - det skulle inte hända mig - det skulle inte hända dig - själv kontroll <i>Splittrat vetande</i> - förlust av kontroll - inre rädsla - osäker framtid <i>Återförena sig själv</i> - Anpassa initiativ kunskap - kämpa för balans <i>Söka sammanhängande kunskap</i>	5

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod Genomförande	Analys	Resultat	Kvalitet
Artikel 7 B. Sutherland, L.Jensen Kanada 2000	Living with change: Elderly women´s perceptions of having a myocardial infarction	Syftet var att upptäcka och beskriva äldre kvinnors uppfattning av att ha en hjärtinfarkt.	Elva kvinnor, 70 år och äldre som haft en hjärtinfarkt intervjuades. Strukturerade och ostrukturerade öppna intervjuer som genomfördes ansikte mot ansikte användes, bandinspelades och sedan skrevs ner ordagrant.	Utforskande design med kvalitativ metod	Fem faser hittades: <i>Fas 1</i> , Sökandet efter en diagnos <i>Fas 2</i> , träffad av verkligheten <i>Fas 3</i> , upptäcka förändringens karaktär <i>Fas 4</i> , anpassa sig till förändringen <i>Fas 5</i> , gå vidare med förändringen Under de olika faserna mötes kvinnorna av utmaningar så som att ha kontroll, klara av osäkerhet, bli självständiga, få förståelse och söka skydd hos andra.	3
Artikel 8 M-L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Larsson Sverige 2007	Striving for balance in daily life: experience of swedish women and men shortly after a myocardial infarction	Syftet var att beskriva upplevelser av det dagliga livet hos kvinnor och män de första 4-6 månaderna efter en hjärtinfarkt.	20 kvinnor och 20 män som haft en hjärtinfarkt för 4- 6 månader sedan, som var i arbetsför ålder eller äldre intervjuades. Semi-strukturerade intervjuer användes som bandinspelades och sedan skrevs ner ordagrant.	Kvalitativ innehålls analys.	Tre teman hittades: <i>Tema 1. Hotande vardagsliv</i> <i>Tema 2. Kämpa för kontroll</i> <i>Tema 3. Oklara nätverket</i>	4

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod Genomförande	Analys	Resultat	Kvalitet
Artikel 9 E. Kerr, F. Fothergill- Bourbonnais Kanada 2002	The recovery mosaic: Older women´s lived experiences after a myocardial infarction	Syftet var att undersöka äldre kvinnors upplevelser efter deras första hjärtinfarkt i början på deras tillfrisknande	Sju kvinnor i åldern 67-86 djupintervjuades ansikte mot ansikte. Intervjun bandinspelades och skrevs sedan ner ordagrant. Ostrukturerade intervjuer användes.	Induktiv beskrivande metod. Fenomenologi.	Fyra teman hittades: <i>Tema 1. Livet är utspritt</i> <i>Tema 2. Försöka förstå sig på det</i> <i>Tema 3. Lära sig att leva med det</i> <i>Tema 4. Kunna slå sig till ro</i>	4
Artikel 10 A. Johansson, K. Dahlberg, M. Ekebergh Sverige 2003	Living with experiences following a myocardial infarction	Syftet var att utforska kvinnors upplevelser/erfar enheter efter en hjärtinfarkt	Åtta kvinnor som har levt med en hjärtinfarkt i 2 till 25 år intervjuades. Semi-strukturerade intervjuer som bandinspelades och sedan skrevs ner användes.	Fenomenologisk analys	Fem teman hittades: <i>Tema 1. Mitt hjärta och mitt liv</i> <i>Tema 2. Leva med en opålitlig kropp</i> <i>Tema 3. När livet misslyckas</i> <i>Tema 4. Känsla av sårbarhet och brist på deltagande</i> <i>Tema 5. Försöka uppnå försoning</i>	4
Artikel 11 L. Worrall- Carter, T. Jones A. Priscoll Australien 2005	The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction.	Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser och justeringar efter deras första akuta hjärtinfarkt.	Sex kvinnor valdes ut från ett hjärtrehabiliterings- program på ett allmänt sjukhus i Australien. De intervjuades fyra månader efter sin hjärtinfarkt. Semi- strukturerade intervjuer som bandinspelades och sedan skrevs ner ordagrant användes.	Naturalistisk undersökning med kvalitativ metod	Två teman hittades: <i>Tema 1. Första upplevelsen/händelsen</i> - som identifierar händelser och känslor genom sjukhusvistelsen. <i>Tema 2. Stöd</i> - upptäcka vikten av stöd genom återhämningsprocessen	3

Checklista för kvalitativa artiklar

A. Syftet med studien?

.....
.....

Vilken kvalitativ metod har används?

.....

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 datainsamlingen 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 resultatet diskuterade?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör användas)?

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 från 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