



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

KVINNORS UPPLEVELSER EFTER EN HJÄRTINFARKT.

CAMILLA TENGHILL

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
Kurskod VO1309
Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Januari 2011

Monika Nilsson
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

KVINNORS UPPLEVELSER EFTER EN HJÄRTINFARKT.

CAMILLA TENGHILL

Tenghill, C. Kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt: *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, 2011.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Under 2007 dog 135 av 100 000 kvinnor i akut hjärtinfarkt. Andelen av de som dör inom 28 dagar efter sjukhusvård har halverats jämfört med 1980-talet. Levnadsvanorna står för 90 % av orsakerna till hjärtinfarkt. Mäns och kvinnors hjärtinfarkt skiljer sig åt, då kvinnor ofta drabbas av en tyst hjärtinfarkt. Det är den snabba behandlingen som gör att kvinnorna överlever. Deras livsvärld ändras efter hjärtinfarkten och då deras upplevelser i livet.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelse av att leva med hjärtinfarkt.

Metod: Studien är utförd som en litteraturstudie med kvalitativ ansats och baseras på nio vetenskapliga artiklar. Artiklarna analyseras enligt Graneheim och Lundmans (2008) analysmetod.

Resultat: Kvinnornas upplevelser och livsvärld förändras efter en hjärtinfarkt.

Sjukvårdspersonalens tidsbrist upplevde kvinnorna som ett missnöje med vården, även brist på information upplevde de som ett missnöje. Känslan att vara överbeskyddad av anhöriga eller att överbeskydda sina anhöriga påverkar deras livsvärld. Trötthet, ångest och stress var något som kvinnorna upplevde som negativt efter hjärtinfarkten, detta påverkar även deras dagliga liv.

Slutsats: Kvinnorna upplever det dagliga livet efter hjärtinfarkt annorlunda jämfört med hur hon upplevt det innan. Fler studier riktade enbart mot kvinnor behövs och att fler rehabiliteringsprogram måste starta för kvinnor som upplevt en hjärtinfarkt, då kvinnor känner att de inte alltid kan prata med anhöriga om hur de upplever vardagen. Sjukvården måste också lära sig att ta sig tid för varje patient då hon är unik.

Nyckelord: *Hjärtinfarkt, kvinnor, livskvalitet och upplevelser.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt	1
Behandling vid hjärtinfarkt	1
Kvinnor och hjärtinfarkt	2
Välbefinnande och livsvärlden	2
SYFTE	3
METOD	3
Litteratursökning och urval	3
Analys	4
Etiskt övervägande	4
RESULTAT	5
Missnöje med informationen	5
Det dagliga livet efter hjärtinfarkt	6
Trötthet, ångest, smärtor och annan påverkan	6
Förändrade hemförhållande	7
Att behöva be om hjälp	7
DISKUSSION	8
Metoddiskussion	8
Resultatdiskussion	8
SLUTSATS	10
REFERENSER	11
BILAGEFÖRTECKNING	14

INLEDNING

Upplevelser kan vara bra eller dåliga, bra upplevelse skapar en god livsvärld, dålig upplevelse leder till sämre livsvärld och sämre välbefinnande. För att må bra krävs ett välbefinnande och hälsa. Att bli vårdad skapar en upplevelse av att patienten hamnar i en beroendeställning av vårdpersonalen. Hälso – och sjukvårdspersonal avser den som har legitimation för ett yrke inom hälso – och sjukvården. Personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar som medverkar i hälso – och sjukvård av patient, den som i annat fall vid hälso – och sjukvården av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare SFS (2010:659). Denna definition av hälso – och sjukvårdspersonal kommer att användas i studien. Drygt 15500 kvinnor drabbas av en hjärtinfarkt varje år, ca 10500 av dessa överlever (Hjärtlungfonden, 2009). Det personer upplevt i sin dagliga tillvaro innan sin sjukdom blir inte densamma efter sjukdomen och upplevelser av det dagliga livet och välbefinnandet i vardagen kommer att ändras. Upplevelsen av sjukdomen kan ha betydelse för upplevelser av välbefinnandet, då vardagstillvaron plötsligt bryts. Självständigheten och delaktigheten medför att kvinnorna kan känna att de hanterar sin sjukdom (Johansson Sundler, 2008). Upplevelsen av att leva med en hjärtinfarkt kommer därför vara fokus i denna studie.

BAKGRUND

Enligt Johansson Sundler (2008) upplever individen som drabbas av en livshotande sjukdom som en hjärtinfarkt att livet ställs på sin spets och att livet förändras.

Under 2007 drabbades 462 av 100 000 kvinnor i åldern 20 år och äldre av akut hjärtinfarkt. 135 av 100 000 av dessa kvinnor dog. Andelen som dör inom 28 dagar efter sjukhusvård för akut hjärtinfarkt har halverats jämfört med hur det var i slutet på 1980-talet (Socialstyrelsen, 2007). Akut hjärtinfarkt ökar mer med åldern. Under 2007 jämfördes åldersgruppen 70-74 år med 50-54 år, där den äldre åldersgruppen har åtta gånger så hög incidens för hjärtinfarkt (a. a.).

Hjärtinfarkt

En plötslig syrebrist (ischemi) i hjärtats muskulatur gör att det blir nekros (vävnadsdöd) i hjärtmuskelcellerna. Denna ischemi är orsaken till uppkomst av celldöden som är hjärtinfarkten (Ericson & Ericson, 2008). Rökning, matvanor, fysisk inaktivitet och alkoholvanor är inräknade i de levnadsvanor som står för 90 % av orsakerna till hjärtinfarkt. Detta bidrar till psykosocial påverkan och ökar de biologiska riskfaktorerna såsom övervikt, högt blodtryck och diabetes typ II (Socialstyrelsen, 2009). De konkreta levnadsvanorna kan förebyggas, riskfaktorerna är egenorsakade, en välfärdsorsak. Den ökande stressen hos kvinnor är en orsak till den förväntade ökningen av hjärt – kärlsjukdomar (Schenk-Gustavsson, 2003).

Behandling vid hjärtinfarkt

Socialstyrelsen (2008) menar för att undvika under – och överbehandling bör skillnad göras på om patienten förväntas överleva och om behandlingen kommer att förbättra livskvaliteten för patienten. Vid behandling av hjärtinfarkt har uttrycket ”SATSA” uppkommit, dessa är de viktigaste åtgärderna som görs vid hjärtinfarkt, smärtlindring, vari även patientens ångest och oro ska dämpas, antiischemisk behandling, trombosbehandling, sviktbehandling och

arytmibehandling. De första timmarna är därför avgörande för att få en så god prognos i efterförloppet som möjligt (Ericson & Ericson, 2008).

Kvinnor och hjärtinfarkt

Då kvinnor har högre ålder vid insjuknande i hjärtinfarkt föreligger risken att de samtidigt har flera sjukdomar, vilket komplicerar valet av behandling. Smärtan upplevs olika och symtomen relateras inte till sjukdomen (Socialstyrelsen, 2008).

Schenk – Gustafsson (2003) menar att mäns och kvinnors hjärtinfarkt skiljer sig åt, då fler kvinnor har en så kallad tyst hjärtinfarkt, en infarkt som upptäckts senare, exempelvis vid obduktion. Kvinnor uttrycker ett annat språk, istället för att påpeka att de bröstsmärta uttrycker de att de känner sig andfådda eller trötta (a.a.).

Sjukdom leder till en upplevelse där patientens livsvärld kan komma att definieras av sjukdomen i den dagliga värld vi lever i. I en studie av Jackson m.fl. (2000) framkommer det att de flesta kvinnor söker fakta och information från olika källor under den första tiden efter hjärtinfarkten även då de vårdas på sjukhus. Denna informationssökning grundar i att deltagarna önskar veta hur deras hälsa kommer att förändras efter hjärtinfarkten. Trots att kvinnorna vet att de är tvungna till att ändra livsstil är de negativa till denna förändring då det skulle innebära att de behövde tänka mer på sitt kostintag och fysiska aktiviteter (a.a.). Att drabbas av en hjärtinfarkt är en personlig utmaning där stödjande relationer behövs, de fungerar även som skydd i situationer där hjärtinfarkten utsätter kroppen för fysiska och psykiska påfrestningar. Upplevelsen av att inte ha kontroll över sin kropp skapar kaos och oreda och kvinnorna får svårt att påverka sin hälsa i önskad riktning (Johansson Sundler, 2008). Även när en människa drabbas av en allvarlig eller livshotande sjukdom kan de uppleva att de står inför en oväntad, främmande och skrämmande situation. Att individen inte har fokus på sin hälsa förrän hon blir sjuk leder till en påverkan på livsvärlden (a.a.). En hjärtinfarkt är en traumatisk upplevelse och påverkar personens välbefinnande under en lång tid (Bennett & Connell, 1999). Återhämtningen efter hjärtinfarkten upplevs som en känsla av rädsla och osäkerhet (Jackson m.fl., 2000).

Välbefinnandet och livsvärlden

Hur patienter upplever sin sjukdom har betydelse för upplevelsen av välbefinnandet (Johansson Sundler, 2008). Välbefinnandet kan stödjas med enkla medel. Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) menar att välbefinnandet hos en patient ökar om vårdpersonal stannar upp och visar intresse för patienten. Bristande information, svårigheter att förstå personalens agerande och obegripligheter i vårdmiljön skapar otrygghet vilket kan leda till vårdlidande. Patienten kan få svårt att känna sammanhang i sin vardag vid långvarigt ohälsotillstånd (a.a.). Överlevande individer efter en hjärtinfarkt behöver anpassa och förändra sin livsstil för att hantera de upplevelser en hjärtinfarkt medför, detta innebär en förbättring i återhämtningen och ger ökat välbefinnande (Al- Hassan & Sagr, 2002). Enligt Dahlberg m.fl. (2003) innebär livsvärld den värld människan lever i, den är given direkt genom erfarenhet och handling. Det är genom erfarenheten som vi hittar livsmeningen. Med livsvärld kan vi förstå, se och beskriva världen menar Dahlberg m.fl. (2003). Thompson & Roebuck (2001) uttrycker i sin studie att hälso-relaterad livskvalitet hänvisar till den inverkan som hälso villkor och dess symptom har på en enskilds individs livskvalitet. Dahlberg m.fl. (2003) menar att livsvärlden är den verklighet som vi varje dag lever i. Med livsvärlden som grund krävs ett synsätt där personens levda verklighet bekräftas, livsvärldsperspektivet

innebär att människans dagliga tillvaro uppmärksammas (a.a.). Efter en hjärtinfarkt påverkas livsvärlden och det dagliga livet hos drabbade kvinnor, sjukdomen blir drivkraften för att se sin hälsa och livsvärld från ett annat perspektiv (Johansson, Dahlberg & Ekenstam, 2009).

SYFTE

Syftet var att undersöka kvinnors upplevelse att leva med hjärtinfarkt.

METOD

Metoden utfördes som en litteraturstudie med kvalitativ ansats. En kvalitativ studie användes då upplevelse inte kan mätas kvantitativt. Studien utfördes som en systematisk litteraturstudie, där artiklar av god kvalitet kan utgöra underlag för bedömning och slutsatser (Forsberg & Wengström, 2008). Med systematisk litteraturstudie menas att data från tidigare empiriska studier granskas och bedöms. Inom ett valt ämne eller problemområde söks litteratur systematiskt, granskas kritiskt och sammanställs (a.a.). Kvalitativa ansatser innebär enligt Forsberg och Wengström (2008) att förstå och förklara fenomen, erfarenheter eller upplevelser. Inom omvårdnadsforskning är den kvalitativa ansatsen att beskriva, förstå, förklara samt tolka tidigare gjorda studier.(a.a.). Då upplevelsen efter hjärtinfarkt skulle belysas valdes termen *patient* bort då artiklarna skulle rikta sig mot kvinnor efter utskrivningen från sjukhuset och inte under tiden de fortfarande var patienter.

Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara riktade mot vuxna kvinnor som var utskrivna från sjukhuset och vara publicerade tidigast år 2000. Alla artiklar skulle vara publicerade i fulltext. För att underlätta läsandet och kontinuiteten av artiklarna skulle de vara publicerade på engelska. Artiklarna skulle vara peer – review, vilket menas att artiklarna ska vara vetenskapligt granskade av personer med kunskaper inom respektive område (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2006). Kvalitativa artiklar användes för att öka kunskaperna om hur kvinnor upplevde livet efter hjärtinfarkt. Kvantitativa artiklar riktar sig åt att ordna och klassificera (Forsberg & Wengström, 2008) och valdes därför bort. Exklusionskriterierna var att artiklar som rikta sig enbart mot män valdes bort samt de artiklar som inte svarade på studiens syfte.

Litteratursökning och urval

Litteratursökning gjordes i följande referensdatabaser: CINAHL och Medline, dessa valdes då de belyser omvårdnadsområdet. Sökord, MeSH – termer, fritextsökningar samt manuella sökningar gjordes. De sökord som användes var *hjärtinfarkt, kvinnor, livskvalitet och upplevelser*. De översattes till MeSH-termer: *Myocardial infarction, women, quality of life och experience*. För att få ett så brett utbud som möjligt kombinerades MeSH – termer och sökorden i olika databaser (Bilaga 1). Boolesk operator AND användes för att begränsa artikelsökningen (Forsberg & Wengström, 2008). Artiklarna skulle vara utförda med kvalitativ ansats, vetenskapliga samt enbart riktade mot kvinnor. Då detta inte gav önskvärt resultat ändrades kriterierna för urval av artiklar, urvalet riktades därför mot både män och kvinnor, där den del som var riktad mot kvinnor lyftes ut och användes i resultatdelen. Alla artiklar publicerade tidigare än år 2000 valdes bort, samt de som var riktade enbart mot män. Efter att sökningen visat 65 träffar i Medline användes samma sökord i CINAHL och gav 37 träffar, abstraktet lästes igenom på samtliga träffar och slutligen valdes fyra artiklar ut som

passade studiens syfte. Då detta inte gav önskat resultat ändrades sökorden vilket resulterade i ytterligare en artikel, de nya sökorden var: *Experience in daily life, caring, coronary heart disease* och *female*. Fritextsökning i Academic Search Elite användes, artikeln söktes genom att hela namnet på artikeln skrevs in i sökområdet. Två artiklar valdes genom fritextsökning på artikelnamnen. Även manuell sökning användes för att söka upp flera artiklar, Willman m.fl. (2006) menar att utöver databaser bör sökningen kompletteras med manuell sökning i referenslistor och avhandlingar där ytterligare information kan ges om problemområdet. Ytterligare valdes två artiklar från en avhandling, då dessa artiklar enbart fokuserade på kvinnor och motsvarade studiens syfte. Totalt användes nio artiklar till studien.

För att kvalitetsgranska artiklarna användes en bedömningsmall. Genom att använda frågor från en bedömningsmall kan artiklar delas in i olika grader av kvalitet, vilket gör det lättare att få översikt över artiklarnas kvalitet (Willman m.fl., 2006). Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall (Bilaga 2) användes för att kvalitetsgranska artiklarna. Bedömningsmallen riktade sig mot patienter med diagnos av lungcancer, denna punkt togs bort och maxpoängen minskade. Artiklarna delades in i tre olika grader, grad I över 80 %, grad II över 70 % och grad III över 60 %, grad I gav hög kvalitet, grad II medel kvalitet och grad III låg kvalitet. Åtta artiklar fick 80 % eller mer och var av hög kvalitet en artikel fick 73 % och var av medel kvalitet. Artikelpresentation utfördes på de artiklar som valdes ut (Bilaga 3).

Analys

De nio artiklarna som kvalitetsgranskats analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2008) innehållsanalys. Då Graneheim och Lundmans analysmetod innebär tolkning av intervjuer, dagböcker och protokoll blev analysen till viss del vinklad då en litteraturstudie bygger på tidigare gjorda empiriska studier. Artiklarna lästes igenom för att få en helhetsbild av texten och för att se att en röd tråd kunde knytas an mellan artiklarnas resultat och studiens syfte. Meningsenheterna markerades med märkpena och lyftes ur ifrån resultatdelen i artiklarna. Dessa sattes sedan i en tabell, under original, där även sidonummer och författarnamn antecknades. Längre meningsenheter användes för att minimera risken för otydlig text och bristande sammanhang. För stora meningsenheter och för små meningsenheter plockades bort då det kan medföra att de stora har flera syften och i de små blir resultatet sönderdelat (Graneheim & Lundman, 2008). Meningsenheterna översattes till svenska för att bli mer lättförståeliga, Då översättning utfördes från ett språk till ett annat fanns där en risk att budskapet i meningsenheterna kunde bli missstolkade. Meningsenheterna kondenserades därefter, dock utan att budskapet i meningsenheterna försvann. Då kondenseringen var färdig skapades koder för varje kondenserad meningsenhet. Koder med liknande innehåll delades in i samma subkategorier. Slutligen skapades kategorier där likande subkategorier delades in i olika kategorier. Analysen sammanställdes i en tabell för att få en mer översiktlig bild. (Bilaga 4).

Etiskt övervägande

Enligt lagen (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor framgår det att den som deltar i forskningen ska informeras om frivilligt deltagande och rätten att få avbryta sin medverkan. Detta för att forskningen ska få ett godkännande i etisk prövning. Det ska även framgå vad forskningen syftar på och hur den kommer att utföras (a.a.). I samtliga artiklar i resultatet har en etisk prövning genomförts.

RESULTAT

I resultatet framkom två kategorier och tre subkategorier om hur kvinnors upplevelser var efter hjärtinfarkt. Den första kategorin ”*missnöje med informationen*”, tog upp hur kvinnor upplevde mötet med vården, vilka svar de fick och hur de upplevde personalens tidspress och hur de inte fick den information de önskade. Den andra kategorin ”*det dagliga livet efter hjärtinfarkt*”, med subkategorierna ”*förändrade hemförhållande*”, ”*trötthet, ångest, smärta och annan påverkan*” och ”*att behöva be om hjälp*” tog upp hur kvinnors dagliga livsvärld ändrades efter en hjärtinfarkt, hur kroppen svek dem och hur de var tvungna till att tillförlita sig på andra.

Missnöje med informationen

Flera kvinnor försökte att få mer information om vilka symtom en ny hjärtinfarkt skulle medföra och besökte sin husläkare, dock upplevdes ett missnöje med läkartiden då kvinnorna upplevde en känsla att läkaren var stressad eller att han bara var intresserad av att fylla på receptet (Roebuck, Furze & Thompson, 2001). En kvinna kände att eftersom hennes läkare inte hade lyckats ställa en diagnos innan hjärtinfarkten påverkade detta hennes relation till honom (White, Hunter & Holtum, 2007).

I was somewhat surprised when I was on another visit to the doctor. We were talking about sick leave and she said that I could be on sick leave for a longer period if I wanted. She told me to call her, because two and a half months isn't much when you're having a life crisis. Life crisis, I thought, is that what I've had? I haven't thought about it that way but I realize that it was a serious event although it was a mild heart attack. (Brink, Karlsson & Hallberg, 2005, s. 407).

Kvinnorna beskrev upplevelsen av att inte bli tagen på allvar eller att bli behandlade nonchalant av sjukvårdspersonalen, de kände sig förolämpade och försummade av att de inte såg deras behov. Kvinnorna uttryckte även att de kände sig övergivna och en känsla av avslut från vårdens sida (Johansson & Ekebergh, 2006). En kvinna uttryckte oro över att drabbas av ny hjärtinfarkt för sin läkare. Läkaren övertalade henne att där inte fanns någon orsak till att oroa sig, där fanns flera människor som kunde hjälpa henne. Kvinnorna var beroende av sjukvårdspersonalen som istället för att bara överösa dem med information borde ta hänsyn till kvinnornas perspektiv. Om detta försummas eller om personlighet förnekas kan de känna en minskad värdighet (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003).

“There's no one who really cares how I'm feeling after taking my medication... That's the negative aspect thought of it all.” (Johansson m fl, 2003, s.233).

Kvinnorna hade problem med att få tillräckligt med information från sin läkare, främst kände de att bristen på information om vad de skulle uppleva efter utskrivningen från sjukhuset var otillräcklig. De kände även att de inte ville störa vårdpersonalen (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005). En kvinna ansåg att om hon hade fått mer information av personalen hade hon dragit mer nytta av det (White m.fl., 2007).

"I didn't want to interrupt him (the doctor), he went on the whole time talking to them, and then, then they just left. I didn't have a chance to say anything at all, if I had any questions." (Johansson & Ekebergh, 2006, s. 104).

En kvinna ville inte störa sjukvårdspersonalen vilket ledde till att hon väntade med frågor till kommande läkarbesök, under läkarbesöket fanns där dock ingen tid för frågor och ingen av vårdpersonalen förhörde sig om hennes egentliga behov. Det var först hemma som kvinnan insåg att frågorna inte blivit besvarade. Det perspektiv kvinnan fick var att ingen var intresserad i hur hon levde och relaterade till sin levda kropp efter hjärtinfarkten eller om hon hade fått tillräckligt med information. Denna sårbarhet kvinnorna hade efter en hjärtinfarkt resulterade att kvinnorna helt förlitade sig på sjukvårdspersonalens omdöme (Johansson & Ekebergh, 2006). Kvinnorna upplevde att personalen var trevliga och de såg efter dem, men ingen pratade med dem (a.a.).

Det dagliga livet efter hjärtinfarkt

Flera kvinnor upplevde att de inte längre kunde tillförlita sig på sin egen kropp, de beskrev hur snabbt livet kunde förändras utan förvarning. Kvinnornas upplevelse efter hjärtinfarkten medförde att de inte visste när livet skulle ta slut eller när nästa hjärtinfarkt skulle inträffa. Känslan av att livet hade svikit dem och att kroppen hade gett upp utgjorde ett hinder hade satt en gräns på deras dagliga liv. Längtan efter att få tillbaka sin styrka och sitt välbefinnande efter hjärtinfarkten var viktigt för kvinnorna (Johansson m.fl., 2003). En del kvinnor associerade stress med arbetssituationer, förhållande och en krävande vardag och såg det inte som en konsekvens av hjärtinfarkten. De uttryckte att stress var orsak till hjärtinfarkten och att stressen i deras dagliga liv kunde orsaka en ny hjärtinfarkt (Clark, 2003). De som upplevde förändringar i kroppen, påpekade hur de kände sig osäkra med beteendeförändringarna och att känslan av osäkerhet skapade problem. Kvinnor uttryckte även att de accepterade situationen och ändrade på kostvanorna, slutade röka samt blev mer lugna (Kristofferzon m.fl., 2005). Kvinnorna deltog aktivt och försökte hantera den nya kroppen, de ändrade livsstilen efter hjärtinfarkten (Johansson & Ekebergh, 2006). De kände att de inte hade kontroll och kände osäkerheten över sin egen kropp. De flesta kvinnor kämpade för sin egen existens för att förstå förändringarna som skedde (a.a.).

"All of a sudden I could be sitting watching TV and then think 'Oh God, I better not stress out about that.'" (Clark, 2003, s.547).

Trötthet, ångest, smärtor och annan påverkan

Kvinnorna beskrev sig inte som deprimerade utan mer att tröttheten var problemet. Det var tröttheten och andra problem som höll tillbaka dem från att delta i fysiska aktiviteter. Den aktiva personen kände rädsla av att få en ny hjärtinfarkt (Brink m.fl., 2005).

"I can't run uphill. I used to do it. When I was out walking with my friends they said – do you have to walk that fast? – but I'm prepared for that, I can't change it." (Brink m.fl., 2005, s. 408).

En del kvinnor uttryckte att det som påverkade deras dagliga liv var att tröttheten, andfåddheten, smärtan och oron hela tiden var närvarande. Andfåddheten nattetid skapade en druckningskänsla vilket påverkade sömnen och gjorde dem sköra dagen efter. De upplevde även en ångsla som påverka framtiden. Livskvaliteten förändrades då de hela tiden behövde

oroa sig över livslängden, hälsan och välbefinnandet. Osäkerheten över att behöva återvända till arbetet hade en inverkan på deras livskvalitet då de påpeka att de var tvungna till att vila en stund under dagen för att klara alla aktiviteterna (Roebuck m.fl., 2001). Trötthet och en känsla av obehag var något som många kvinnor upplevde under fysiska aktiviteter likaså andfåddhet och tryck över bröstet (Kristofferzon m.fl., 2005). Oro för överansträngning och att behöva vara extra försiktig vid fysisk aktivitet var något som kvinnorna var rädda för (White m.fl., 2007). Upplevelsen av nedsatt fysisk kapacitet och rädsla för en ny infarkt hade en stor påverkan på livsvärlden (Svedlund m.fl., 2001). De flesta kvinnor upplevde en isolering och ensamhet, vilket gjorde att de hade svårt att upprätthålla sitt sociala nätverk (Roebuck m.fl., 2001).

Förändrade hemförhållande

Känslan hos kvinnorna av att vara överbeskyddad och bli tillsagd vad de kunde och fick göra skapade ofta ett irritationsmoment. Istället för att mamman sa till barnen vad de skulle göra blev det barnen som sa till mamman vad hon skulle göra. Skiftande roller ändrade status i familjen. En kvinna påpekade även att hon försökte smyga med sin medicinering, men att hennes son hade övervakat henne och kontrollerat att hon tog den (White m.fl., 2007). Frustrationen över att vara överbeskyddad och känna att de inte fick utföra vissa ansträngande aktiviteter påverkade kvinnornas förhållande (Roebuck m.fl., 2001). Kvinnorna avslöjade inte för sina anhöriga hur de kände och höll sina tankar för sig själva, då de inte ville bekymra dem, de kände att oron de skapade gav motsatt effekt och de blev övervakade istället (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001). Kvinnornas hemförhållande och relationer blev påverkade och spända då partnern och familjemedlemmarna var överbeskyddande (Roebuck m.fl., 2001).

"My husband thought this is the end of it all...our sexlife and everything." (Svedlund m.fl., 2001, s.200).

Att behöva be om hjälp

Skulden och skammen att de behövde tillförlita sig på andra och ständigt behövde be sina anhöriga om hjälp upplevde kvinnorna som jobbigt. En kvinna beskrev att hon brukade vara den starka som tog hand om andra innan hjärtinfarkten och att hon nu var i behov av hjälp (Svedlund m.fl., 2001). När kvinnorna var beroende av anhöriga och stöd från andra uttryckte de en svårighet att förändra livsstilen. De kände även att de förhandlade med sig själva för att försöka klara de dagliga sysslorna. Kvinnor påpeka även att närstående och vänner ingav en känsla av trygghet då de hjälpte till med hushållsuppgifter och fanns som stöd (Kristofferzon m.fl., 2005). Kvinnorna kände även att uppmuntran från andra som var i samma situation var lättare då de hade samma erfarenhet (Hildingh, Fridlund & Segesten, 1995).

"... the kids, my old man and everything, they all support me, just fantastic. I didn't think we had such care. You can't complain..." (Kristofferzon, m.fl., 2005, s. 396).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte väljer författaren till föreliggande studie att göra en systematisk litteraturstudie med artiklar av kvalitativ ansats. Kvantitativ ansats användes inte då kvantitativ metod innebär mätvärden i numeriska observationer vilket ger statistik och matematiska resultat (Backman, 2008). Därför kunde inte en kvantitativ metod användas i föreliggande studie då den individuella upplevelsen av ett fenomen inte kunde ge önskvärt resultat. Studiens syfte hade troligtvis belyst från ett djupare perspektiv om en empirisk studie hade utförts, då empiriska studier baserats på eget resultat och förståelse. Vidare om en empirisk studie skulle ha genomförts skulle inte resultatet i föreliggande studie blivit påverkat av tidigare forskningsresultat eller deras specifika forskningsfrågor. Då författaren till föreliggande studie skrev själv fanns varken tid eller möjlighet till en empirisk studie. Utöver de två databaserna CINAHL och Medline användes även PsycInfo, dock utan något resultat. De sökord som först användes vid sökningen resulterade inte i tillfredställande antal artiklar, detta innebar att sökorden fick bytas ut, dock resulterade detta endast i en artikel. Då författaren har begränsad kunskap om databaserna innebar detta att artiklar som passade föreliggande studies syfte försumrades. Resultatet i föreliggande studie hade sett annorlunda ut om studien hade riktat sig mot både kvinnor och män. Hade artiklarna publicerats före år 2000 hade resultatet troligtvis varit bredare, då det hade funnits mer material att arbeta med. Boolesk operator OR användes för att utöka sökandet men gav inga träffar. Artiklarna var publicerade i fulltext, vilket kunde innebära att författaren till föreliggande studie kunde gått miste om artiklar som svarade på studiens syfte. Två artiklar valdes från en avhandling med samma författare vilket kan ha påverkat trovärdigheten då det speglade egna resultat av författaren till avhandlingen. Alla artiklar kvalitetsgranskades enligt Carlsson & Eimans (2003) bedömningsmall (Bilaga 2). Hade en annan bedömningsmall använts kunde graden av kvalitet blivit annorlunda eftersom granskaren gör en subjektiv tolkning av studiernas kvalitet utifrån given mall. Graneheim och Lundmans (2008) innehållsanalys användes då den ansågs vara lättförståelig och användbar, därför fanns det ingen anledning till att studera övriga analysmetoder. Alla artiklar i föreliggande studie var skrivna på engelska, detta kan ha medfört att författaren missat viss information i artiklarna, då engelska inte är författarens huvudspråk. Då författaren till föreliggande studie skrev själv saknades även möjligheten att diskutera igenom utvalt material med skrivkollega.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att kvinnornas hemförhållande förändrats efter en hjärtinfarkt samt att de upplevde missnöje med vården då de kände att de inte fick den uppmärksamheten de behövde. Vårdpersonalen var stressade och kvinnorna upplevde att de inte fick tillräckligt med tid i mötet med vårdpersonalen.

Sårbarheten kvinnorna upplevde efter hjärtinfarkten medförde att de fick förlita sig på vårdpersonalens information oavsett kvalitén på informationen. Detta styrks av Jackson m.fl. (2000) där kvinnor hade frågor till läkaren men inget tillfredställande svar eller inga svar alls kunde ges. Kvinnorna ansåg även att det förekom en brist på tillräcklig information angående livsstilsförändring efter hjärtinfarkten (a.a.). En studie (Day & Batten, 2003) påtalade att sjuksköterskor som ingick i rehabiliteringsprogram var duktiga på att informera kvinnorna om vad de skulle uppleva efter hjärtinfarkten.

Svedlund och Danielson (2003) lyfte fram i sin studie att kvinnor kunde uppleva att de inte var den starka i familjen längre vilket medförde att anhöriga blev överbeskyddande. Kvinnorna kände även att det blev en negativ effekt då de påpekade för partnern om hur denne skötte hushållsarbetet. De kände även att anhöriga kontrollerade så att de inte utförde tungt hushållsarbete. De upplevde att partnern ställde upp och tog mer ansvar samt att de var stöttande (a.a.). Detta kan kopplas till Jackson m.fl. (2000) där kvinnorna beskrev ett behov av mer stöd från anhöriga såsom känslomässigt stöd men även hjälp med hushållsarbete och att fullfölja de dagliga aktiviteterna. Det sociala nätverket och dess stöd hjälpte även kvinnorna i sitt återhämtande. Johansson m.fl. (2009) beskrev att nära relationer fungerade som ett säkerhetsnät och att relationen skapade en känsla av välbefinnande. Efter hjärtinfarkten var det samhörigheten med andra som utgjorde välbefinnandet.

I kategorin *dagliga livet efter hjärtinfarkt* framkom det att kvinnorna upplevde minskad kontroll över sin egen kropp, de kände att de inte kunde tillförlita sig på kroppen. De förändringar som uppkom efter hjärtinfarkten hade stor påverkan på det dagliga livet. Kvinnorna längtade efter att få tillbaka sin styrka och sitt välbefinnande men stressen och rädslan för en ny hjärtinfarkt upplevde kvinnorna påverka deras liv. Andfåddheten och tröttheten ledde till att kvinnorna kände sig tillbakadragande från fysiska aktiviteter och isolerade från ett socialt liv. Day och Batten (2003) styrkte detta i sin studie där de tog upp att kvinnor kände att det var svårare att återhämta sig och anpassa sig till det dagliga livet. De var medvetna att kosten måste läggas om och att de måste anpassa sin motion efter hjärtinfarkten, kvinnorna ansåg även att stress hade varit en bidragande faktor till hjärtinfarkten (a.a.). Det bekräftades av Johansson m.fl. (2009) som tog upp att stressiga situationer på arbetet och att kvinnorna ignorerade sin värk var en orsak till hjärtinfarkten. Svedlund och Danielson (2003) uttryckte att kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt ofta lever med en konstant rädsla inför döden, vilket gjorde att de inte kunde planera sin dag. Johansson m.fl. (2009) menade även att sjukdomen blev en drivkraft att förändra vanorna. Hjärtinfarkten gjorde att kvinnorna kände ensamhet och måste finna styrka för att vara sociala. Kvinnorna beskrev pressen i sina liv som en anledning till att de sätter hälsan på andra plats (a.a.). Vidare framkom det i resultatet av föreliggande studie att ångest, trötthet och depression var något som påverkade kvinnornas upplevelse i deras dagliga liv efter hjärtinfarkten, de kände sig isolerade och levde i en konstant rädsla att få en ny hjärtinfarkt.

Vidare så skapade andfåddheten nattetid en drukkingskänsla vilket gjorde kvinnorna sköra dagen efter. Detta bekräftas av Svedlund och Danielson (2003) som menade att kvinnorna upplevde rädslan att drabbas av ytterligare en hjärtinfarkt. Jackson m.fl. (2000) visade även det när de uttrycker att rädslan över en ny hjärtinfarkt påverkade det dagliga livet. Att leva och anpassa sig till de dagliga aktiviteterna var något som kvinnorna var beredda att göra, dock var de inte förberedda på alla förändringarna. De upplevde även att känslan över allt de måste ändra på gav en negativ känsla av det dagliga livet (a.a.). Dahlberg m.fl. (2003) menar att livsvärlden är den verklighet som vi varje dag lever i, livsvärldsperspektivet innebär att människans dagliga tillvaro uppmärksammas. Detta styrks i föreliggande studie då den dagliga värld kvinnorna lever i uppmärksammas och sätts i fokus, inte bara av kvinnorna utan av anhöriga och vänner.

Jackson m.fl. (2000) tog även upp att ångesten, depressionen och tröttheten som kvinnorna upplevde efter hjärtinfarkten gjorde att återhämtningen inte gick lika snabbt som de önskade. Många av kvinnorna tog sin hälsa för givet och fick en annan aspekt av hälsan efter att de drabbats av en hjärtinfarkt, de upplevde att de hade dålig hälsa (a.a.).

Det framkom även i resultatet att kvinnorna upplevde en osäkerhet om att återvända till arbetet, detta styrks av Jackson m.fl. (2000) då de menade att kvinnorna kände ett måste att sluta arbeta och ge upp den delen av det dagliga livet. Svedlund och Danielson (2003) motsade detta i sin studie där de ansåg att kvinnorna var rädda för att drabbas av en ny hjärtinfarkt och att det påverkade deras vardag men de ville återvända till arbetet. Johansson m.fl. (2009) menade att kvinnorna önskade och ville ändra sina liv. De upplevde dock att det var svårt och krävande och att de behövde hjälp. De uttryckte en önskan att få en bättre balans i livet med stöd av sjukvården och anhöriga.

SLUTSATS

Hjärtinfarkt är något som drabbar en kvinna snabbt och plötsligt och som kommer att förändra livsvärlden, både för den kvinna som blir drabbad men även för hennes anhöriga. I föreliggande studie fann författaren att kvinnor upplevde livet efter hjärtinfarkten annorlunda jämfört med hur de upplevt livet innan hjärtinfarkten. Det är de fysiska symtomen, såsom andfåddhet, trötthet och smärtan som gör att deras dagliga värld blir påverkad, men skapade även känslan att förändringar måste ske. Mötet med vården upplevde kvinnorna som ett missnöje eftersom tiden som vi har tillgodo för varje patient är begränsad, därför anser författaren att sjuksköterskan måste vara lyhörd och se varje patient som unik och ta sig tiden. Under studiens gång framkom det även att det inte finns tillräckligt med forskning som belyser kvinnors välbefinnande och upplevelser efter en hjärtinfarkt, då flera studier belyses ur ett medicinskt perspektiv eller med inriktning på endast mäns. Därför efterlyses fler studier som är riktade enbart till kvinnor och inte delade studier där både män och kvinnor deltar. Vidare behöver kvinnor som haft en hjärtinfarkt behandlas och rehabiliteras bättre och därför behövs fler rehabiliteringsprogram där kvinnorna kan känna sig trygga.

REFERENSER

Al-Hassan, M., & Sagra, L. (2002). Stress and stressors of Myocardial infarction patients in the early period after discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 181-188.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bennett, P., & Connell, H. (1999). Dyadic processes in response to Myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*, 4(1), 45-55.

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

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad, studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"* (rapport, nr 2). Malmö: Malmö högskola.

*Clark, A M. (2002). It's like an explosion in your life...: lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerud, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Day, W., & Batten, L. (2005). Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 21-26.

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad, behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskär, M., & Höglund – Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård*. Stockholm: Studentlitteratur.

*Hildingh, C., Fridlund, B., & Segesten, K. (1995). Social Support in self – help groups, as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin. *International Journal of Nursing Studies*, 32(3), 224-232.

Hjärt – lungfonden. (2009). *Kvinnor underbehandlas vid hjärtinfarkt*. [Elektronisk]. Stockholm: Hjärt – lungfonden. Tillgänglig: <<http://www.hjart-lungfonden.se/HLF/Pressrum/Pressmeddelanden/Kvinnor-underbehandlas-vid-hjartinfarkt/>> Sökväg: Kvinnor och hjärtinfarkt. [20101125].

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

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

Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekenstam, C. (2009). The meaning of close relationship and sexuality. Women's well-being following a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 19(3), 375-387.

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

Johansson Sundler, A. (2008). *Mitt hjärta mitt liv. Kvinnors osäkra resa mot hälsa efter en hjärtinfarkt*. (Avhandling för filosofie doktorsexamen, Växjö universitet, 2008).

*Kristofferzon, M-J., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 391-401.

*Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794.

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

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Simonsen, T., Aarbake, J., & Hasselström, J. (2006). *Illustrerad farmakologi 2 Sjukdomar och behandling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Socialstyrelsen. (2007). *Hjärtinfarkter 1987-2007 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården – Beslutsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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.

*Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 197-205.

Thompson, D R., & Roebuck, A. (2001). The measurement of health – related quality of life in patients with coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1), 28-32.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1: Databassökning

Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsmall

Bilaga 3: Artikelpresentation för resultat

Bilaga 4: Exempel på analysmetod

Bilaga 1

Databassökning

Medline	Sökord	Träffar	Valda träffar
1	Myocardial Infarction	15018	-
2	Women	71204	-
3	Quality of life	25150	-
4	1+2+3	42	-
5	1+2+experience	65	1

CINAHL	Sökord	Träffar	Valda träffar
1	Myocardial Infarction	16984	-
2	Quality of life	27519	-
3	Caring	4687	-
4	1+2+3	1	1
5	1+2+	33	2
6	Interviews+1+2	3	-

CINAHL	Sökord	Träffar	Valda träffar
1	Experience in daily life	1179131	-
2	Caring	20259	-
3	Coronary heart disease	4877	-
4	Female	523070	-
5	1+2+3+4	3	1

Bilaga 2

Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48 p)	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad

Bilaga 3

Artikelpresentation för resultat

Författare	Kvalitets grad	Titel/Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Brink, E., Karlson, B.W., & Hallberg, L.- M.	Grad I (82 %)	Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , (2005).	Att utforska de själv reglerande processerna för att förstå utgången efter första hjärtinfarkten.	Studien var del av en större studie om hälsa och livskvalitet. 21 personer, varav 11 kvinnor blev intervjuade 5 månader efter sin första hjärtinfarkt. Intervju med inspelning.	Depression, trötthet och smärtor var de största fynden som gjordes. Även ovissheten om vem som skulle ta hand om vem. I de flesta fall hade kvinnan haft den mer omhändertag ande rollen i hemmet.
Clark, A M.	Grad I (86 %)	It's like an explosion in your life...': lay perspectives on stress and myocardial infarction. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , (2002).	Undersöka patienters syn på stress och dess funktion i relation till deras hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod. Semi- strukturerade intervjuer. 14 deltagare varav 6 kvinnor. Alla deltagare hade haft en hjärtinfarkt.	Alla deltagare upplevde stress och påverkan på det dagliga livet. Där stressen inte var pga. infarkten den bara fanns där. Och där stressen även var orsak och inte bara följden.

Hildingh, C., Fridlund, B., & Segersten, K.	Grad II (73%)	Social Support in self-help groups, as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin. <i>International Journal of Nursing Study, (1995).</i>	Samla djup information från gruppmedlemmar i en självhjälp grupp om livserfarenhet av socialt stöd.	Kvalitativ forskning. Intervju i en självhjälp grupp designad att fungera som en konversation mellan gruppmedlemmar.	Det sociala stödet beskrevs som känslor av att någon som visar omtanke. Även att kunna dela sina tankar med någon som har samma erfarenhet.
Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M.	Grad I (88 %)	Living with experiences following a myocardial infarction. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing, (2003).</i>	Undersöka kvinnors egen erfarenhet efter en hjärtinfarkt med ett livsvärlds perspektiv.	Fenomenologisk närmande. För att se den subjektiva kroppen. 8 kvinnor deltog, intervjuer i det egna hemmet.	Medvetna om hur snabbt livet kunde ändras. Doktorn försummar dem. Livet har svikit kvinnorna. Ängslan och oron var också viktig.
Johansson, A., & Ekebergh, M.	Grad I (80 %)	The meaning of well-being and participation in the process of health and care-women's experiences following a myocardial infarction. <i>International Journal of Qualitative studies on health and well-being, (2006).</i>	Syftet var att undersöka hur kvinnors egen erfarenhet av vården efter hjärtinfarkt. Fokus på deras erfarenhet av deltagande och välbefinnande.	8 kvinnor valdes ut och intervjuades 1-3 månader efter utskrivning. Öppna intervjuer.	De flesta kvinnor söker självbestämmande och balans. De tycker inte sjukvården lyssnar och att deras situation inte tas på allvar. Ängest för att få en ny hjärtinfarkt.
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M.	Grad I (87 %)	Striving for balance in daily life: experiences of Swedish woman and men shortly after a	Utforska den dagliga livserfarenheten hos kvinnor och män. Fokusen låg	Kvalitativt närmande. Beskrivande och tillbakablickande. 20 kvinnor och	Trötthet, smärtor och konstig känsla över bröstet var några av

		myocardial infarction. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , (2005).	på problemen, hur problemen hanterades samt vilket stöd som gavs från det sociala nätverket.	20 män valdes av 97 män och 74 kvinnor av en större studie.	symptomen som kvinnorna upplevde. De försökte göra förändringar i livsstilen.
Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D R.	Grad I (95 %)	Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , (2001).	Att utforska och få insikt av effekterna av hjärtinfarkt I en hälsorelaterad livskvalitet.	Kvalitativ metod. Halvstrukturerad intervju gjord på 31 patienter som blivit inlagda på sjukhus.	Studien visade att andfåddhet och brist på förtroende var stora problem. De dagliga aktiviteterna var också något som blev lidande.
Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A.	Grad I (86%)	Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. <i>Issues and Innovations in Nursing Practice</i> , (2001).	Syftet var att belysa meningen med levd erfarenhet under den akuta delen av en hjärtinfarkt.	10 kvinnor intervjuades på akutavdelning en eller direkt efter utskrivning. Del av metoden var att deltagarna var uttagna efter vissa kriterier.	Svaghet, illamående, skuld och skam och att inte kunna kontrollera vad som hade hänt var del av de svar som alla kvinnor hade gemensamt.
White, J., Hunter, M., & Holttum, S.	Grad I (82 %)	How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. <i>Psychology, Health & Medicine</i> , (2007).	Att utforska "anpassning" ur kvinnans insikt. Men även hur hjärtinfarkt hade påverkan på förhållande.	Kvalitativ studie. Halvstrukturerad intervju med öppna frågor. Uppföljning med telefonsamtal. 5 kvinnor deltog i studien.	Depression och ångest var det som de flesta i studien upplevde. De flesta upplevde även att de inte fick tillräckligt med information från sin egen läkare.

Bilaga 4

Exempel på analysmetod

Original	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Physical manifestations of MI (breathlessness, pain and fatigue) and their impact on the participant's ability to perform his or her activities on daily living, such as working, shopping and driving. Roebuck m.fl. (2001) s.790.	Fysisk yttring på MI (andfåddhet, smärta och trötthet) och dess inverkan på deltagarnas förmåga att utföra hans eller hennes dagliga aktiviteter, såsom arbeta, handla och köra bil.	Fysisk påverkan, såsom andfåddhet, smärta och trötthet på de dagliga aktiviteterna	Fysisk påverkan	Trötthet, ångest, smärtor och annan påverkan	Det dagliga livet efter hjärtinfarkten
Sometimes woman stated that they were overprotected by their partner. Kristofferzon m.fl. (2005). s. 396.	Ibland konstaterade kvinnor att de var överbeskyddade av sin partner.	Konstaterat överbeskydd från partner.	Partnern överbeskyddande	Förändrande hemförhållande	Det dagliga livet efter hjärtinfarkt
It was important that the information was repeated orally as well written. Kristofferzon m.fl. (2005) s.397.	Det var viktigt att informationen var både muntlig och skriftlig.	Viktigt med information till patienterna.	Återupprepanande muntlig och skriftlig information.		Missnöje med informationen.
The women described their experiences of not being taken seriously or being treated nonchalantly by healthcare staff. Neglected when	Kvinnorna beskrev sin att upplevelse att inte bli tagen på allvar eller att bli behandlad med nonchalans av sjukvårdspersonalen. Försummad när	Upplevelse att inte bli tagen på allvar. Försummad av personalen.	Försummad.	Ej tillit till vården	Missnöje med informationen

healthcare professionals do not see their needs. Johansson & Ekebergh (2006). s. 103	inte personalen ser deras behov.				
--	----------------------------------	--	--	--	--