



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Kvinnors upplevelser av vardagen i det icke akuta skedet efter en hjärtinfarkt - En litteraturstudie

Malin Backlund

Caroline Fransson

Handledare: Catrin Berglund-Johansson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona februari 2015

# Kvinnors upplevelser av vardagen i det icke akuta skedet efter en hjärtinfarkt

## - En litteraturstudie

Malin Backlund  
Caroline Fransson

### Sammanfattning

**Bakgrund:** Hjärtinfarkt är en av de vanligaste dödsorsakerna i världen bland kvinnor. Det finns faktorer som visar på att kvinnor har lättare att drabbas av både psykisk och fysisk ohälsa efter en hjärtinfarkt. En orsak skulle kunna vara att en del kvinnor upplever diffusa symtom vid insjuknandet, vilket kanske skulle kunna leda till rädsla att inte kunna tolka om en ny hjärtinfarkt skulle uppstå. En annan orsak till varför kvinnor kan uppleva ohälsa efter en hjärtinfarkt skulle kunna vara det högre krav som ställs på kvinnor idag. Då de ofta både arbetar heltid och samtidigt sköter hemmet, skulle det kunna leda till att kvinnor kan uppleva försämrad livskvalitet då de inte längre klarar av att nå upp till de krav som samhället ställer på dem.

**Syfte:** Att belysa kvinnors upplevelser av vardagen i det icke akuta skedet efter en hjärtinfarkt.

**Metod:** Litteraturstudie som baserades på sju vetenskapliga artiklar som redogjorde för kvalitativ ansats. Vid kvalitetsgranskningen av de vetenskapliga artiklarna användes Olsson och Sörensens bedömningsmall för kvalitativa studier. För att analysera de vetenskapliga artiklarna användes Granheim och Lundmans tolkning av analysmetod.

**Resultat:** I studiens resultat framkom det att kvinnorna upplevde en ändrad vardag efter hjärtinfarkten där livsstilsförändringar upplevdes svåra att utföra och bibehålla trots att de kände motivation. Kvinnorna upplevde även olika begränsningar, vilket utgav sig i känslomässiga reaktioner. Något annat som kvinnorna belyste var känslan av att ha varit nära döden, där de både kände rädsla över hur skört livet är och tacksamhet över att vara vid liv.

**Slutsats:** Kvinnorna hade svårigheter med att anpassa sig till livet efter hjärtinfarkten. Med uteblivet stöd och otillräcklig kunskap blev det svårt för kvinnorna att hantera den nya livssituationen, vilket resulterade i både psykisk och fysisk ohälsa. Även om de var tacksamma över att ha överlevt upplevde kvinnorna svårigheter med att hantera det nya livet. Med större kunskap om kvinnors upplevelse i det icke akuta skedet efter en hjärtinfarkt skulle sjuksköterskan kunna tillämpa en bättre omvårdnad i ett tidigare skede.

**Nyckelord:** hjärtinfarkt, kvinnor, livsvärld, upplevelse

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	4
Hjärtinfarkt hos kvinnor	5
Icke akuta skedet	6
Teoretisk referensram	6
Syfte	7
Metod	7
Datainsamling	8
Inklusions- och exklusionskriterier	8
Urval	9
Kvalitetsgranskning	9
Dataanalys	10
Resultat	11
Livsstilsförändringar	11
Begränsningar	12
Förlust	14
Att känna rädsla	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	18
Slutsats	21
Självständighet	23
Referenser	24
Bilaga 1 Databassökningar	27
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	28
Bilaga 3 Artikelöversikt	29
Bilaga 4 Analysförfarande	32

## Inledning

Hjärtinfarkt är enligt Jackson et.al (2000) en av de vanligaste dödsorsakerna bland vuxna kvinnor i världen. Socialstyrelsen (2014) förklarar att år 2013 insjuknade 11 019 kvinnor i hjärtinfarkt av totalt 27 947 drabbade i Sverige. Vidare menar Worrall-Carter, Jones och Driscoll (2005) att kvinnor mer sällan uppsöker vård vid insjuknandet i en hjärtinfarkt vilket skulle kunna bero på att de ofta upplever diffusa symtom till skillnad från de klassiska som ofta uppvisar sig i bröstsmärtor. Higginson (2008) och Steven och Thomas (2012) beskriver att andra orsaker till varför kvinnor ibland kan söka vård i ett senare skede skulle kunna bero på okunskap om hjärtinfarkt och en uppfattning om att sjukdomen enbart drabbar män.

Enligt Woodend och Devins (2005) kan kvinnor uppleva förändringar efter insjuknandet i en hjärtinfarkt vilket skulle kunna upplevas som ett stressmoment i kvinnornas vardag. Mendes, Roux och Ridosh (2010) menar att kvinnor oftare upplever psykiska och fysiska förändringar efter en hjärtinfarkt, trots detta menar Higginson (2008) och Steven och Thomas (2012) att den mesta forskningen kring upplevelser efter en hjärtinfarkt är gjord på män. Rosén (2013) menar vidare på att sjuksköterskan ska arbeta utifrån den senaste tillgängliga forskningen för att kunna utföra en god och säker omvårdnad. För att öka förståelse för hur psykiska och fysiska förändringar kan påverka kvinnors vardag efter insjuknandet i sjukdomen är det av betydelse att genomföra en sammanställning på den tillgängliga forskning som finns gällande kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt. För att kunna tillämpa en god omvårdnad är det nödvändigt att öka kunskap om den senaste forskningen inom området. Med den kunskapen skulle sjuksköterskan kunna sätta in förebyggande åtgärder i tid för att minimera risken för ohälsa i vardagen efter en hjärtinfarkt hos kvinnor.

## Bakgrund

Enligt Socialstyrelsen (2013) är hjärtinfarkt en folkhälsosjukdom. Green (2012) beskriver att hjärtinfarkt uppstår när ett av hjärtats kranskärl blivit tilltäppt, antingen genom att plack brustit eller att en blodpropp bildats. Schenk-Gustafsson (2003) menar att detta leder till att muskelvävnaden som försörjs med blod från detta blodkärl får syrebrist. Schenk-Gustafsson (2003) menar vidare att hjärtat kan få obotliga skador inom 20 minuter om inga åtgärder sätts in i tid.

Persson och Stagmo (2008) beskriver att symtom på hjärtinfarkt kan skilja sig åt. Persson och Stagmo (2008) menar vidare att de klassiska symtomen ofta uttrycker sig i bröstsmärtor där intensiva bröstsmärtor som pågått längre än 30 minuter är en indikation på hjärtinfarkt.

Wikström (2006) beskriver att andra symtom kan vara ångest, illamående, kallsvettningar och andfåddhet och dessa kan ses som diffusa symtom. Vidare menar Wikström (2006) att det finns olika faktorer som kan öka risken att insjukna i en hjärtinfarkt, där alkoholkonsumtion, stress, rökning och kostvanor kan vara bidragande orsaker.

## Hjärtinfarkt hos kvinnor

Björkelund, Bengtsson, Schenk-Gustafsson och Swahn (2001) och Socialstyrelsen (2014) beskriver att kvinnor kan drabbas av hjärtinfarkt i högre ålder än män. Vaccarino, Parsons, Every, Barron och Krumholz (1991) menar att det kan vara högre risk för kvinnor att dö i en hjärtinfarkt. Socialstyrelsen (2014) styrker detta och menar att år 2013 var mortaliteten hos kvinnor dubbelt så stor jämförelsevis med män. Enligt Björkelund et al. (2001) kan kvinnors insjuknande skilja sig gentemot män. Björkelund et al. (2003) beskriver att en anledning kan vara att kvinnor har svårt att igenkänna sina symtom då de ofta upplevs diffusa. Björkelund et al. (2003) menar vidare att kvinnor oftare känner sig trötta och andfådda vid insjuknandet medan män vanligtvis drabbas av bröstsmärtor. Björkelund et al. (2003) poängterar att det kan vara en anledning till varför många kvinnor läggs in på vanliga vårdavdelningar istället för intensivvårdsavdelningar. Hjärt-lungfonden (2013) beskriver att vårdtiden på sjukhus brukar vara tre till fem dagar för de som har insjuknat i en hjärtinfarkt. Hjärt-lungfonden (2013) förklarar vidare att innan utskrivning ska ett ultraljud göras på hjärtat för att se att det pumpar som det ska. Vid utskrivning beskriver Hjärt-lungfonden (2013) att information ska ges angående vilka fysiska aktiviteter som är lämpliga samt vilka levnadsvanor som bör förändras utifrån vilka riskfaktorer den enskilde individen har.

Efter insjuknandet i en hjärtinfarkt menar Doiron-Maillet och Meagher-Stewart (2013) att kvinnor kan uppleva en förändrad vardag då de ofta upplever att de inte kan leva samma liv som före insjuknandet. Vidare menar Doiron-Maillet och Meagher-Stewart (2013) att kvinnor skulle kunna uppleva rädsla över att få en ny hjärtinfarkt på grund av de diffusa symtom som de tidigare upplevt. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) beskriver att livsvärlden är den vardagsvärld vi lever i och om något förändras i den kan det leda till en förändrad livsvärld.

Schenck-Gustafsson (2003) menar att kvinnor kan uppleva försämrad livskvalitet i vardagen efter en hjärtinfarkt. Vidare menar Schenck-Gustafsson (2003) att det skulle kunna bero på de höga krav som ställs på kvinnor i samhället. Enligt Woodend och Devins (2005) har kvinnor oftare högre krav på sig än män, då de ofta arbetar heltid och samtidigt sköter hushållssysslorna i hemmet. Worrall-Carter et al. (2005) beskriver att det skulle kunna leda till depressiva symtom då kvinnor kan uppleva att de inte längre klarar av att sköta sina hushållssysslor som de gjorde innan insjuknandet.

### Icke akuta skedet

Cullberg (2003) menar att individer kan hamna i ett krisförlopp efter att ha varit med om en traumatisk situation, exempelvis vid insjuknandet i en hjärtinfarkt. Cullberg (2003) beskriver att det innebär att individer kan hamna i en helt ny situation där de inte kan relatera till tidigare erfarenheter. Enligt Cullberg (2003) kan krisförloppet se olika ut för alla individer men kan generaliseras i fyra faser. De två första faserna menar Cullberg (2003) kan ses som akuta faser där den första fasen, chockfasen, innebär att individer kan uppleva panik och stänga in sina känslor. Cullberg (2003) menar att denna fas vanligtvis pågår under de första timmarna efter en traumatisk händelse. I den andra fasen, reaktionsfasen, menar Cullberg (2003) att aptitstörningar och sömnsvårigheter kan upplevas och att denna fas generellt pågår några veckor efter en traumatisk händelse. De två sista faserna beskriver Cullberg (2003) tillhöra det icke akuta skedet. I dessa faser, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen menar Cullberg (2003) att acceptans över den traumatiska händelsen kan infinna sig hos individen. Med acceptans menar Cullberg (2003) att individen börjar acceptera den traumatiska händelsen och inte längre är påverkad av krisförloppets akuta faser.

### Teoretisk referensram

I ett livsvärldsperspektiv uppmärksammas enligt Dahlberg et al. (2003) den enskilde människans upplevelse av sin omvärld och är en grundsten i fenomenologin, vilket omfattar allt som kan upplevas och kännas. Vidare menar Dahlberg et al. (2003) att livsvärlden innefattar en problematisering av den medicinska kunskapen ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Med detta menar Dahlberg et al. (2003) att en medicinsk diagnos inte bara värdesätts utan även att upplevelsen av ohälsotillståndet uppmärksammas. Dahlberg et al. (2003) menar även att det är i livsvärlden mening och livsinnehåll eftersträvas och den levande människan kan aldrig komma ur den.

För att få en inblick i en människas perspektiv menar Dahlberg et al. (2003) att det är viktigt att livsvärlden bekräftas. Enligt Dahlberg et al. (2003) görs detta genom att se, förstå, skildra och utforska hur omvärlden upplevs. Livsvärlden är enligt Dahlberg et al. (2003) den vardagsvärld människan lever i och har fokus på relationen mellan människan och omvärlden.

I vården framhäver Dahlberg et al. (2003) att fokus ligger på hur människan upplever sin hälsosituation. Genom att få ta del av människans berättelser menar Dahlberg et al. (2003) att förståelse kan fås hur den enskilde upplever hälsa, lidande och välbefinnande. Avsikten med att använda sig av ett livsvärldsperspektiv menar Dahlberg et al. (2003) är att världen utforskas och förstås utan reducering, förringning eller skändning. Enligt Dahlberg et al. (2003) åskådliggörs det etiska patientperspektivet, där fokus ligger på människans hälsa, lidande och välbefinnande. Dahlberg et al. (2003) poängterar att människans olikheter ska beaktas, vilket ger den individuella människan högre prioritet än gruppen med dess likheter. Vidare menar Dahlberg et al. (2003) att varje erfarenhet ska ses som unik och även om människor är med om liknande situationer kan dessa upplevas olika.

## Syfte

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av vardagen i det icke akuta skedet efter en hjärtinfarkt.

## Metod

Den metod som valdes var en litteraturstudie med vetenskapliga artiklar som redogjorde för kvalitativ ansats. Olsson och Sörensen (2011) menar att i en litteraturstudie är det vetenskapliga artiklar och litteratur som ligger till grund för datainsamlingen. En kvalitativ ansats präglas enligt Forsberg & Wengström (2008) av ett induktivt tänkande, där människans subjektiva upplevelse av omvärlden tolkas. Friberg (2012) menar att kvalitativ ansats ger ökad förståelse av ett valt fenomen relaterat till upplevelser.

## Datansamling

Cinahl och PubMed är de elektroniska referensdatabaserna som användes för sökningen av de vetenskapliga artiklarna. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) innehåller Cinahl engelskspråkiga artiklar som främst inriktar sig på omvårdnad. Vidare menar Willman et al. (2011) att Pubmed omfattar artiklar med inriktning på medicin och omvårdnad. Vid sökningen av artiklarna användes ämnesord i de elektroniska referensdatabasernas uppslagsverk för att få fram artiklar som var relevanta till syftet. Willman et al. (2011) menar att uppslagsverk tilldelar artiklar ämnesord och dessa kan användas för att lättare få fram relevanta artiklar vid sökningar i elektroniska referensdatabaser. Enligt Willman et al. (2011) heter Cinahls uppslagsverk Cinahl Headings och PubMeds uppslagsverk heter MeSH, där ämnesorden kallas för MeSH-termer. Willman et al. (2011) menar vidare att ämnesorden kan variera mellan referensdatabaserna och detta bör tas hänsyn till. För att hitta artiklar som ännu inte blivit tilldelade ämnesord gjordes även en fritextsökning. Enligt Willman et al. (2011) innebär fritextsökning att sökningen endast sker på sökorden som skrivs in i rutan.

De sökord som användes var: *acute myocardial infarction, emotions, experiences, feelings, female, follow-up, gender, heart attack, life change events, life experiences, life style, sedentary, lived experiences, myocardial infarction, post-mi, psychological* och *quality of life*. Varje sökord söktes enskilt innan de kombinerades med de booleska sökoperatorerna AND och OR. Enligt Willman et al. (2011) är det viktigt att varje sökord söks enskilt innan de kombineras för att få största utbud. Willman et al. (2011) menar vidare att sökord som kombineras med booleska sökoperatorer vidgar det specifika området som är aktuellt och avgränsar vetenskapliga artiklar som inte svarar till studiens syfte. Enligt Karlsson (2012) specificerar AND sökningen, då alla sökord som använts måste finnas med i sökträffen. Vidare menar Karlsson (2012) att sökoperatoren OR ökar sensitiviteten och vidgar sökningen genom att endast ett av de valda orden behöver finnas med i sökträffen. Efter detta skapades sökblock för att hitta närliggande sökord. I den slutgiltiga sökningen kombinerades sökblocken med varandra.

### *Inklusions- och exklusionskriterier*

Inklusionskriterierna för studien innefattade engelskspråkiga vetenskapliga artiklar som skulle vara publicerade mellan åren 2000-2014. Alla artiklar skulle vara *peer-reviewed*, som enligt Willman et al. (2011) betyder att de vetenskapliga artiklarna har blivit granskade av personer som forskat inom samma område.



Kvinnorna skulle vara vuxna, vilket innebär minst 18 år gamla samt belysa upplevelser av vardagen i det icke akuta skedet efter en hjärtinfarkt. Upplevelser under de två första månaderna efter en genomgången hjärtinfarkt exkluderades, detta för att minska risken att kvinnorna skulle befinna sig i den akuta fasen.

## Urval

När sökorden hade sammankopplats framkom 1426 vetenskapliga artiklar i Cinahl och 283 från Pubmed. Titlarna på artiklarna lästes noggrant igenom där de titlar som svarade till studiens syfte valdes för att läsas igenom på abstraktnivå, vilket motsvarade 75 från Cinahl och 12 från PubMed. De titlar som inte svarade till studiens syfte sållades bort, vilket motsvarade 1351 från Cinahl och 271 från PubMed. Av de artiklarna som valdes att läsas på abstraktnivå svarade 20 artiklar från Cinahl och 9 från Pubmed på studiens syfte. Resterande 55 artiklar från Cinahl och 3 från PubMed valdes bort då de inte var relevanta till studiens syfte. De artiklar som var överensstämmande med syftet lästes igenom i sin helhet. Därefter valdes 15 artiklar från Cinahl och 8 från PubMed ut för kvalitetsgranskning (Se Bilaga 1).

## Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsgranskningen användes Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Se Bilaga 2). Till denna studie valdes 19 av de 20 olika punkterna som fanns med i bedömningsmallen. Studien exkluderade punkten *Triangulering* då det inte fanns med i alla artiklarna och inte påverkade studiens resultat. Vid kvalitetsgranskningen lästes varje artikel igenom och alla frågor i bedömningsmallen besvarades. Efter kvalitetsgranskningen valdes 7 artiklar till resultatet (Se Bilaga 3). En artikel handlade om både män och kvinnors upplevelse och en annan artikel belyste kvinnors och deras partners upplevelse. Kvinnornas upplevelser gick att urskilja från männens respektive partners upplevelser, vilket gjorde att artiklarna kunde användas till studien. En annan artikel var subjektivt inriktad på stress vid hjärtinfarkt men valdes till studien då den innehöll information som ansågs vara relevant för studien. De 7 artiklar som fick minst 38 poäng, vilket motsvarar hög kvalitet, valdes till resultatet. Av resterande artiklar fick 4 stycken medel kvalitet och 7 låg kvalitet. Dessa artiklar valdes inte till studien då de inte uppnådde hög kvalitet.

Enligt Olsson och Sörensen (2011) innebar Grad I hög kvalitet och motsvarade minst 38 poäng i bedömningsmallen. Vidare menar Olsson och Sörensen (2011) att Grad II innebar medel kvalitet och motsvarade minst 34 poäng. Grad III innebar enligt Olsson och Sörensen (2011) låg kvalitet och motsvarade minst 29 poäng. Fem av de artiklar som valdes till resultatet var skrivna i Sverige resterande artiklar var skrivna i Kanada och Storbritannien.

## Dataanalys

De sju valda artiklarnas resultatdelar analyserades utifrån en manifest innehållsanalys. Olsson och Sörensen (2011) menar att i en manifest innehållsanalys beskrivs de märkbara och framträdande komponenterna utifrån bearbetning av textmaterialet. Analysen skedde utifrån Granheim och Lundmans (2004) tolkning av analysmetod.

Artiklarna som valdes till studien lästes igenom enskilt upprepande gånger för att få en helhetssyn och djupare förståelse av innebörden i artiklarnas resultatdelar. Efter detta fördes en diskussion för att skapa en gemensam förståelse för artiklarna. Detta är Granheim och Lundmans (2004) första steg i deras process. Granheim och Lundman (2004) menar att det är väsentligt att fördjupa sig i artiklar för att få större förståelse för innehållet. Ur textmaterialet valdes sedan meningenheter ut, först enskilt och därefter tillsammans. Detta för att minimera risken att någon relevant meningenshet till studien bortkommit. Därefter diskuterades meningensheterna tillsammans upprepande gånger. Gemensamt valdes meningenheter vidare i processen som svarade till studiens syfte och de som inte var adekvata till syftet sållades bort. Granheim och Lundman (2004) menar att detta är andra steget i processen och påpekar att meningenheter inte bör vara för långa då de kan innehålla flera olika betydelser. Vidare menar Granheim och Lundman (2004) att meningenheter heller inte ska vara för korta då väsentlig information kan försvinna.

Därefter översattes meningensheterna gemensamt från engelska till svenska då svenska språket behärskades bättre. Sedan kondenserades meningensheterna tillsammans. Detta är det tredje steget i processen där Granheim och Lundman (2004) menar att kondensering sker genom att förkorta och ta ut det väsentliga i meningenheter. Vidare menar Granheim och Lundman (2004) att det är viktigt att vara textnära vid kondensering samt att försöka undvika att tolka. Därefter kodades de kondenserade meningensheterna gemensamt och det som inte var kärnan i texten avlägsnades.

Detta är det fjärde steget i processen. Granheim och Lundman (2004) förklarar att en kod består av ett eller flera ord med bibehållen innebörd från kondenseringen. Därefter skapades kategorier utifrån de koder som tagits fram. Detta är femte steget i processen som utfördes gemensamt i flera omgångar för att få fram passande kategorier. Slutligen framkom fyra kategorier (Se Bilaga 4). Granheim och Lundman (2004) menar att kategorier ska vara unika och ingen kod ska passa in i olika kategorier. Vidare menar Granheim och Lundman (2004) att ingen kod heller ska uteslutas. Vid bearbetning av textmaterialet kan latent inslag ha förekommit. Olsson och Sörensen (2011) menar att latent inslag kan förekomma vid bearbetning av textmaterial då tolkning alltid kan uppstå.

## Resultat

Analysen som baserades på sju vetenskapliga artiklar (Bilaga 3) resulterade i fyra huvudkategorier, livsstilsförändringar, begränsningar, förlust och att känna rädsla.

### Livsstilsförändringar

Kvinnorna beskrev att de upplevde svårigheter med de livsstilsförändringar som var till följd av hjärtinfarkten, som exempelvis att förändra sina matvanor och att sluta röka (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011; Svedlund & Axelsson, 2000). Kvinnorna uttryckte även att de kände att de inte fick tillräckligt med professionellt stöd ett år efter insjuknandet och att de inte hade den kunskap som krävdes för att klara av att genomföra de livsstilsförändringar som behövde göras. Kvinnorna upplevde att livsstilsförändringarna medförde stress och att behöva tänka på sitt levnadssätt menade kvinnorna var påfrestande (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Sjöström-Strand et al., 2011).

Kvinnorna upplevde även att det var lättare att leva som de gjorde innan hjärtinfarkten och de uttryckte känslor av misslyckande över sjukdomens inverkan på deras liv. Kvinnorna upplevde även att de var tvungna att ändra sina levnadsmönster vilket upplevdes besvärligt (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Sjöström-Strand et al., 2011).

*I weight a bit too much... but it's so hard when you have a family who also are hungry. And at all times of the day and night... we keep such awful times in this house (Kristofferzon et al., 2007, s.395).*

Kvinnorna upplevde svårigheter med livsstilsförändringarna men uttryckte att de kände sig beslutade i att utföra dem (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Sjöström-Strand et al., 2011; Svedlund & Axelsson, 2000). En del kvinnor upplevde att reflektion var viktigt för att kunna genomföra de förändringar som krävdes (Sjöström-Strand et al., 2011) och andra kvinnor uttryckte att det kändes viktigt att skapa ett nytt livsmönster (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Kristofferzon et al., 2007, Sjöström-Strand & Fridlund, 2007, Svedlund & Axelsson, 2000). Kvinnorna upplevde att reflektion kring tidigare levnadssätt motiverade dem. En del kvinnor som föll tillbaka i gamla levnadsmönster uttryckte känslor av skuld och skam. Kvinnorna upplevde att det var svårt att uppnå de krav som ställdes på dem angående livsstilsförändringarna efter hjärtinfarkten (Svedlund & Axelsson, 2000; White, Hunter & Holtum, 2007).

*I stopped smoking at the hospital. It was okey at the beginning, but it was hard when I got home. One day I felt so emotionally unstable. I just had to have a cigarette* (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007, s.13)

## Begränsningar

Efter att ha insjuknat i en hjärtinfarkt upplevde kvinnorna begränsningar i deras vardag. De begränsningar som kvinnorna upplevde var fysiska hälsoproblem, medicinska restriktioner samt att omgivningen skapade begränsningar i deras vardagliga liv. Kvinnorna upplevde att dessa begränsningar var svåra att hantera (Sjöström- Strand & Fridlund, 2007; Svedlund & Axelsson, 2000).

De fysiska hälsoproblem som en del kvinnor upplevde var främst fatigue som innefattade symtom som exempelvis utmattning, energibrist, uppmärksamhetssvårigheter och minskad prestationsförmåga. Kvinnorna upplevde att dessa fysiska symtom blev kvarstående och att de gav känslor av att inte kunna lita med sina kroppar. Kvinnorna upplevde även medicinska restriktioner som en begränsning i deras liv. Kvinnorna uttryckte att de kände att deras kroppar var beroende av medicin resten av sina liv. Kvinnorna upplevde att de aldrig skulle kunna bli botade från sin sjukdom och de uttryckte att de kände att deras kroppar svikit dem (Kristofferzon et al., 2007; MacInnes, 2006; Sjöström-Strand et al., 2011; Svedlund & Axelsson, 2000; White et al., 2007).

*Well, I got tired and of course you have to rest now and then to gather your strength. You get tired faster. I don't know, you get more physically tired by the afternoon, and then I get sleepy (Sjöström-Strand et al., 2011, s.462).*

Kvinnorna uttryckte även känslor av begränsningar i det sociala livet i samband med sjukdomen. Kvinnorna upplevde att deras omgivning, både familj och vänner, ändrade sina attityder gentemot dem. Kvinnorna upplevde att omgivningen började utesluta dem i det sociala liv de tidigare haft tillsammans. Kvinnorna upplevde att denna sociala begränsning gjorde att de började ifrågasätta sin egen värdighet. Kvinnorna upplevde även att omgivningen började behandla dem som barn igen då de blev tillsagda vad de fick och inte fick göra då de hade insjuknat i en allvarlig sjukdom. Även om omgivningen inte menade att begränsa kvinnornas liv uttryckte kvinnorna att det gav känslor av otilträcklighet. Kvinnorna uttryckte även att de kände sig sårade när de blev påmind om sina begränsningar i samband med sjukdomen (Kerr & Fothergill- Bourbonnais, 2002; Kristofferzon et al., 2007; White et al., 2007).

*I was quite uptight 'case everyone kept saying to me: 'sit down, rest, don't do this' ... it caused a few arguments (White e al., 2007, s.280).*

Att gå tillbaka till normala rutiner upplevde kvinnorna var svårt. Något annat som kvinnorna upplevde som en stor svårighet i vardagen var att återgå till att arbeta. Kvinnorna upplevde att det var svårt att återgå till arbete då de fysiska symtomen upplevdes som ett hinder. En del kvinnor upplevde att de var tvungna att återgå till att arbeta heltid då deras ekonomi inte tillät dem att vara hemma. Detta upplevdes väldigt jobbigt för kvinnorna som uttryckte att de ville få bearbeta sin sjukdom istället för att behöva tänka på deras ekonomi (Kristofferzon, 2007; MacInnes, 2006; Sjöström-Strand et al., 2011; Svedlund & Axelsson, 2000).

*I couldn't afford to stay at home, I've got such a low salary and I was shocked when I realized that I had used all my savings. That was very stressful and sapped a lot of my strength, so I just decided that I had to go back to work! (Sjöström & Fridlund, 2007, s.14).*

## Förlust

Kvinnorna uttryckte att de efter insjuknandet i hjärtinfarkten upplevde olika sorters förluster i deras liv. Den friheten en frisk människa har upplevde kvinnorna som förlorad, vilket utgav sig i frustration och ledsamhet. Kvinnorna uttryckte känslor av uppgivenhet över hur sjukdomen hade kommit att frånta dem delar av vardagen som de tidigare haft. Kvinnorna upplevde även att de förlorat sin självständighet. Kvinnorna uttryckte att det gav känslor av att inte längre vara till nytta (Svedlund & Axelsson, 2000; White et al., 2007).

Kvinnorna upplevde även att de förlorat sin fysiska förmåga då de inte längre hade den ork som de hade innan insjuknandet i hjärtinfarkten. Kvinnorna uttryckte den förlorade fysiska förmågan som en känsla av sorg (Svedlund & Axelsson, 2000; White et al., 2007). Kvinnorna upplevde svårigheter med att överge ansvaret av hushållssysslor som de själva inte längre klarade av. Kvinnorna menade att de kände sig förminskade genom att inte kunna kontrollera sin hemsituation (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Kvinnorna upplevde att de förlorade självförtroendet i samband med dessa förluster i deras liv. Det förlorade självförtroendet kvinnorna upplevde hade gjort dem fega och de upplevde att de på grund av detta började undvika sociala situationer (MacInnes, 2006).

*It's definitely taken my confidence- Normally I'm quite a confident person. I'll do anything, go anywhere and not worry about it. Now I tend not to want to go out of the house unless I got someone with me. I do drive now but when I come back indoors I sort of give a sigh of relief (MacInnes, 2006, s.114).*

## Att känna rädsla

Efter att ha insjuknat i en hjärtinfarkt upplevde kvinnorna rädsla. Kvinnorna upplevde att många tankar började kretsa kring hur skört livet var och hur snabbt livet kan förändras. Kvinnorna upplevde det skrämmande att helt plötsligt hamna i en situation där döden var nära. Detta medförde att kvinnorna upplevde rädsla efter insjuknandet i hjärtinfarkten, över vad som hade hänt och vad som skulle kunna hända i framtiden. Kvinnorna upplevde rädsla över att inte kunna tolka symtom på en ny hjärtinfarkt eller att de skulle drabbas av en annan allvarlig sjukdom. Kvinnorna upplevde det även stressande att inte kunna förutspå om de skulle hamna i en ny allvarlig situation som skulle kunna sluta med döden (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Sjöström-Strand et al., 2011).

Kvinnorna menade att när de upplevde symtom som skulle kunna tyda på en ny hjärtinfarkt blev de rädda och ville bli inlagda igen (Sjöström-Strand et al., 2011). Kvinnorna upplevde känslor av rädsla över att inte överleva en ny hjärtinfarkt och rädsla över att lämna sin familj (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007).

*Well, there's this fear, you know, that it'll come when you least expect it. I mean, I didn't expect it when it came last time. What is there to say that someone will tell me when it will happen again?* (Sjöström et al., 2011, s.463).

Kvinnorna upplevde tacksamhet trots rädslan som hjärtinfarkten medfört. Kvinnorna uttryckte känslor av tacksamhet över att ha överlevt och menade att det inte är alla som får en andra chans när de drabbats av en sådan allvarlig sjukdom. Kvinnorna upplevde att livet hade gett dem en ny möjlighet, vilket de ville ta vara på. Detta medförde att kvinnorna upplevde att de kunde tänka positivt på framtiden även om rädslan fanns där. Kvinnorna upplevde känslor av välsignelse och värde i deras liv (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Sjöström-Strand et al., 2011; Svedlund & Axelsson, 2000; White et al., 2007).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Då inte tillräcklig förkunskap erhöles inom området var det relevant att använda sig av en litteraturstudie. Axelsson (2012) menar att litteraturstudie kan vara bra att använda sig av vid första forskningstillfället. Axelsson (2012) menar vidare att litteraturstudier ger ökad kännedom hur sökning, värdering och sammanställning av kunskap kan ske på korrekt sätt. Om mer kunskap inom området erhöles hade en empirisk studie kunnat vara lämplig. Med en empirisk studie menar Olsson och Sörensen (2011) studier som utgår från observationer av verkligheten, exempelvis intervjuer. Olsson och Sörensen (2011) menar vidare att litteraturstudier innefattar fler upplevelser än empiriska studier. Detta skulle kunna ses som en styrka till varför litteraturstudie valdes då studien kom att innefatta fler upplevelser.

Något som skulle kunna ses som en svaghet i vald metod var att litteraturstudierna redan tolkats av tidigare forskare vilket skulle kunna ha lett till att relevant information kanske sållats bort i tidigare studier. Litteraturstudien skulle präglas av kvalitativ ansats vilket ansågs vara relevant för denna studie. Willman et al. (2011) anser att kvalitativ ansats är bra att använda sig av för att fånga upplevelser.

De elektroniska referensdatabaser som användes, Cinahl och PubMed, var relevanta för denna studie då dem enligt Willman et al. (2011) innefattar omvårdnadsvetenskapliga artiklar. Dock kan det ses som en svaghet att inte fler källor användes för att hitta material till denna studie. Willman et al. (2011) menar att flera källor bör användas vid sökning i en litteraturstudie för att få ett bredare utbud av material. Denna studie använde sig av de booleska sökoperatörerna OR och AND, vilket Willman et al. (2011) poängterar är bra för att öka möjligheten att få fram relevant litteratur genom att sökningen breddas och irrelevanta artiklar utesluts i sökningen.

I studien användes flera sökord och de elektroniska referensdatabasernas uppslagsverk användes för att sökningen skulle innefatta ett stort urval och att sökningen skulle breddas. Willman et al. (2011) anser att uppslagsverken är bra att använda sig av för att få en korrekt sökning. Vidare menar Willman et al. (2011) att sökorden kan skilja mellan Cinahl och PubMed. Därför användes flera olika sökord för att utesluta att någon relevant artikel fallit bort. Det gjordes även fritextsökningar, vilket skulle kunna ses som en styrka i studien. Willman et al. (2011) menar att fritextsökning bör användas för att få ett större utbud av artiklar då de artiklar som ännu inte blivit tilldelade ämnesord i referensdatabaserna inkluderas. Willman et al. (2011) menar vidare att fritextsökning endast sker på det sökta ordet och därmed inkluderas inga synonymer. Detta skulle kunna ses som en svaghet i studien, men då studien använde sig av både ämnesorden i referensdatabasernas uppslagsverk samt fritextsökning kunde det ses som en styrka istället.

Studiens olika inklusionskriterier påverkade resultatet. Alla artiklar skulle vara engelskspråkiga vilket skulle kunna ses som en svaghet i studien då adekvata artiklar på andra språk kan ha sållats bort. En annan inklusionskriterie var att artikelsökningen skulle vara från år 2000-2014 för att få fram den senaste forskningen. Detta ansågs vara en styrka, då äldre forskning kunde ha påverkat resultatet. Dock kunde tidsspannen även ses som en svaghet då mycket kan förändras inom forskning på 14 år.



Rosén (2013) poängterar att sjuksköterskan ska arbeta utifrån den senaste tillgängliga forskningen. Dock valdes denna tidsspann för att utesluta att någon relevant artikel fallit bort. Kvinnorna skulle vara vuxna, över 18 år, då studien innefattade en sjukdom som främst drabbar kvinnor i vuxen ålder. Socialstyrelsen (2014) styrker detta och menar att hjärtinfarkt främst drabbar vuxna kvinnor. Hade inte denna inklusionskriterie funnits hade resultatets överförbarhet kunnat påverkas. Det kunde ha medfört svårigheter att tillämpa denna studies resultat på vuxna kvinnor. Dock menar Socialstyrelsen (2014) att kvinnor under 20 år sällan insjuknar i hjärtinfarkt. För att artiklarna skulle vara trovärdiga skulle de vara *peer-reviewed* vilket kunde ses som en styrka då Willman et al. (2011) menar att artiklar som är *peer-reviewed* tidigare har granskats av forskare inom samma område.

Något som skulle kunna ses som en svaghet var att ingen hänsyn togs till om kvinnorna led av någon annan allvarlig sjukdom. Det framkom heller inte i alla artiklar om kvinnorna hade någon annan sjukdom innan de insjuknade i sin hjärtinfarkt, vilket också skulle kunna ses som en svaghet. En styrka var dock att i materialet som framkom var det tydlig inriktning på hur endast kvinnorna upplevde vardagen efter en hjärtinfarkt.

För att minimera risk för tolkningsfel granskades de 18 artiklarna tillsammans. Willman et al. (2011) poängterar att tolkning kan ske vid kvalitetsgranskning och styrker att kvalitetsgranskning bör göras gemensamt. I Olsson och Sörensens (2011) granskningsprotokoll valdes *triangulering* bort, då det ansågs irrelevant och inte påverkade studiens resultat. Fyra av de sju utvalda artiklarna till resultatet var gjorda i Sverige, två i Storbritannien och en i Kanada. Sjukvården skulle kunna se olika ut i dessa länder, vilket styrks av Helman (2007) som menar att sjukvårdssystem kan skilja sig åt i olika länder. Men relaterat till studiens resultat kunde inga utmärkande skillnader ses mellan länderna. En artikel belyste både kvinnors och mäns upplevelser och en annan belyste kvinnor och deras partners upplevelser.

Detta tros dock inte ha påverkat resultatet då upplevelserna var separerade, vilket medförde att kvinnornas upplevelser var åtskilda och där med enkla att ta del av utan att behöva tolka vem som upplevde vad. Detta medförde att tolkningsfel troligen inte uppkommit vid analysen. I en annan artikel var fokus på stress hos kvinnor efter en hjärtinfarkt, vilket skulle kunna ha påverkat resultatet då den artikeln var subjektivt inriktad på enbart stress hos kvinnor efter en hjärtinfarkt.

Dock valdes den ändå, då den ansågs innehålla information som var relevant för studiens syfte. Det ansågs vara bättre att ha med den i studien än att adekvat data skulle ha uteslutits. Två av artiklarna som valdes till studien hade en gemensam forskare vilket skulle kunna ses som en svaghet. Dock innefattade dessa artiklar andra forskare som skiljde sig artiklarna emellan. Därav borde inte resultatet ha påverkats av detta.

Granheim och Lundmans (2004) tolkning av analysmetod användes. Manifest innehållsanalys användes och skulle kunna ha påverkat studiens resultat. Olsson och Sörensen (2011) menar att en manifest analysmetod kan påverka studiens resultat då människor alltid tolkar på ett eller annat sätt. Meningsenheterna valdes ut genom att först enskilt plocka ut meningenheter och därefter gemensamt. Dessa meningenheter diskuterades tillsammans och de meningenheter som var relevanta för syftet valdes ut och resterande sållades bort. Willman et al. (2011) styrker att göra på detta sätt för att öka trovärdigheten. Efter att meningenheter plockats ut översattes språket till svenska vilket skulle kunna ses som en svaghet då tolkningsfel kan ha skett då svenska är modersmålet. Kategorier valdes därefter ut preliminärt och valdes om några gånger för att få fram bäst lämpade kategorier.

## Resultatdiskussion

Resultatet visar på att kvinnor kan påverkas på olika sätt i det icke akuta skedet efter att ha insjuknat i en hjärtinfarkt. För många kvinnor innebar det en stor förändring i vardagen efteråt, som både gav känslomässiga och fysiska reaktioner som i sin tur påverkade deras livsvärld. Detta styrks av Mendez et al., (2010) som menar att kvinnor kan uppleva både fysiska och psykiska förändringar efter att de har insjuknat i en hjärtinfarkt. Dahlberg et al., (2003) poängterar att ett nytt livsvärldsperspektiv kan uppstå om relationen mellan människan och omvärlden förändras genom exempelvis nya upplevelser. Dahlberg et al. (2003) menar vidare att det är viktigt att uppmärksamma individens livsvärld genom att utforska hur omvärlden upplevs.

I resultatet framkom det att kvinnorna upplevde svårigheter med att acceptera och hantera de livsstilsförändringar som var till följd av hjärtinfarkten. Kvinnorna upplevde svårigheter med att exempelvis sluta röka och ändra sina kostvanor. Detta styrks av Roebuck, Furze och Thompson (2001) som menar att det kan vara svårt att ändra sina matvanor och att sluta röka efter en hjärtinfarkt. Roebuck et al. (2001) menar vidare att dessa livsstilsförändringar i sin tur kan leda till en rad olika reaktioner.

Detta framkom även i resultatet där kvinnorna menade att många känslomässiga reaktioner uppstod i samband med livsstilsförändringarna. När kvinnorna insåg att det inte var möjligt att leva på samma sätt som tidigare kände de sig misslyckade. Resultatet visade även på att kvinnorna upplevde livsstilsförändringarna stressande, vilket Woodend och Devins (2005) styrker, då de menar att kvinnor kan uppleva svårigheter med att hantera stress som kan uppkomma efter en hjärtinfarkt. Dahlberg et al. (2003) menar att det är viktigt att fokusera på människans hälsa, lidande och välbefinnande för att undvika eller minimera ohälsa. Det framkom även i resultatet att kvinnorna trots negativ syn på livsstilsförändringar var beslutade i att genomföra dem. Dock upplevde kvinnorna det som en svår utmaning. Enligt Dahlberg et al. (2003) är det viktigt att se hur hälsosituationer upplevs individuellt då det skulle kunna ge förståelse för hur ohälsa kan förebyggas.

Resultatet visade även på att en del kvinnor behövde reflektera kring deras tidigare levnadsvanor innan de kunde genomföra de livsstilsförändringar som behövde göras och andra kvinnor hade svårigheter att bibehålla den nya livsstilen. Dahlberg et al. (2003) poängterar att det är viktigt att se varje erfarenhet som unik. Dahlberg et al. (2003) menar vidare att även om människor har varit med om liknande situationer ska den individuella upplevelsen vara i fokus. Dahlberg et al. (2003) poängterar att varje erfarenhet ska ses som unik då individer kan uppleva liknande situationer på olika sätt.

I resultatet framkom även att kvinnorna upplevde att bristande kunskap och uteblivet professionellt stöd var påverkande faktorer i livsstilsförändringarna. Dahlberg et al. (2003) menar att genom att få ta del av upplevelser kan förståelse fås för vilket individuellt stöd som kan komma att vara nödvändig efter en hjärtinfarkt. Därmed skulle risken att hamna i tidigare levnadsmönster kunna minskas hos kvinnorna samt skulle de kunna känna sig tryggare i hemmet genom att ha fått den information som är nödvändig. Hälso- och sjukvårdslagen menar att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att patientens behov av kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses (SFS1982:763).

Ett annat huvudfynd som framkom i resultatet var att kvinnorna upplevde svårigheter med begränsningar i vardagen efter hjärtinfarkten. Många kvinnor upplevde fysiska symtom som exempelvis energibrist, vilket begränsade kvinnorna från att orka med det vardagliga liv som de tidigare haft. Kvinnorna kände att deras kroppar var opålitliga och började ifrågasätta sin egen förmåga vilket utgav sig i frustration.

Detta styrks av Stevens och Thomas (2012) som menar att kvinnor kan uppleva att de inte kan lita på sina kroppar efter en genomgången hjärtinfarkt på grund av alla förändringar som sker i samband med sjukdomen. Dahlberg et al., (2003) menar det är av betydelse att förstå inom sjukvården att livsvärlden ändras om en del av kroppen ändras, då det är genom den människan lever.

Resultatet visade på att kvinnorna upplevde medicinska restriktioner som en begränsning. Dahlberg et al. (2003) menar att det är viktigt att den medicinska diagnosen ses ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, där upplevelsen av ohälsotillståndet bör vara i fokus, det vill säga hur människan upplever situationen. I resultatet framkom det att kvinnorna upplevde det påfrestande att deras kroppar skulle vara beroende av medicin hela deras liv. Detta medförde att kvinnorna kände att de aldrig skulle bli botade från sjukdomen. Dahlberg et al. (2003) menar att det är av betydelse att ha förståelse inom sjukvården att livsvärlden kan ändras om människan hamnar i en situation som ger antingen fysiska eller psykiska förändringar i deras vardag. Dahlberg et al. (2003) menar vidare att det är i livsvärlden människan söker mening och det är viktigt att den uppmärksammas för att kunna få förståelse för hur lidande kan lindras och hälsa uppnås.

Resultatet visade även på att kvinnorna upplevde att omgivningen hade en ändrad attityd gentemot dem efter hjärtinfarkten. Detta upplevde kvinnorna som väldigt frustrerande och de kände att de blev begränsade i deras sociala liv. Dahlberg et al. (2003) menar att livsvärlden är den vardagsvärld människan lever i och fokuserar på relationen mellan människan och omvärlden. Genom att få kunskap kring hur kvinnorna upplever sociala relationer skulle en bättre förståelse kunna erhållas om hur deras omvärld kan ha påverkat deras livsvärld. Dahlberg et al. (2003) poängterar att det är viktigt att se ur människans perspektiv utan reducering eller skändning av deras livsvärld för att få en klar bild av människans individuella upplevelser.

I resultatet framkom det att kvinnorna upplevde att de förlorat delar i deras vardag som de tidigare haft. Kvinnorna upplevde att de förlorat friheten en frisk människa har vilket gjorde att kvinnorna upplevde känslomässiga reaktioner. Kvinnorna upplevde känslor av sorg och uppgivenhet.

Dahlberg et al. (2003) menar att det är viktigt inom sjukvården att få ta del av människors berättelser för att få förståelse för hur den enskilde människan kan hjälpas för att minska på lidande. Vidare menar Dahlberg et al. (2003) att det etiska patientperspektivet ska åskådliggöras där fokus ska ligga på vad som kan göras för att öka en människas välbefinnande samt lindra det lidande som upplevs.

Det framkom i resultatet att många kvinnor började tänka på hur skört livet var. Kvinnorna var både rädda för att inte sjukvårdspersonal skulle ta dem på allvar om de insjuknade i en ny hjärtinfarkt, men även för att inte själva kunna tolka diffusa symtom som de upplevde vid det första insjuknandet. Worrall-Carter et al. (2005) styrker detta och menar på att kvinnor ofta kan uppleva diffusa symtom vid insjuknandet i en hjärtinfarkt, vilket skulle kunna medföra rädsla i vardagen efteråt. Worrall-Carter et al. (2005) menar även sjukvårdspersonal kan ha svårigheter med att uppmärksamma diffusa symtom vid hjärtinfarkt och att detta skulle kunna vara en anledning till varför kvinnor kan uppleva att de inte tas på allvar vid sjukvårdskontakt. Enligt Dahlberg et al. (2003) är det av betydelse att sjukvårdspersonal uppmärksammar individuella upplevelser och inte utgår från att insjuknandet i ett visst sjukdomstillstånd ser likadant ut för alla. Dahlberg et al. (2003) menar vidare att den individuella människans upplevelser ska prioriteras högst utifrån personcentrerad vård. Dahlberg et al. (2003) poängterar även att människans olikheter ska beaktas vilket medför att gruppen med dess likheter inte ska prioriteras högst när en människa söker vård.

## Slutsats

I studien framkom det att en hjärtinfarkt kunde medföra psykiska och fysiska förändringar i kvinnors vardag efter insjuknandet. De diffusa symtom som kvinnorna upplevde och sjukvårdspersonalens nonchalans medförde rädsla i kvinnornas vardag efteråt. Kvinnorna kände otrygghet i att inte kunna tolka en ny hjärtinfarkt samt var de rädda att de inte skulle tas på allvar av sjukvårdspersonal om de skulle insjukna igen. En annan del som försvårade kvinnornas vardag var den bristande kunskapen och det uteblivna professionella stöd som de menade att de var i behov av. Detta medförde att kvinnorna inte visste vad de kunde förvänta sig av livet efter insjuknandet, vilket försvårade hanteringen av de förändringar som uppkom efter hjärtinfarkten. Det var svårt för kvinnorna att upprätthålla de rekommenderade livsstilsförändringarna. Kvinnorna upplevde även att svåra känslomässiga reaktioner uppkom på grund av de begränsningar och förluster som de upplevde i vardagen efteråt.

Enligt Wadensjö (2013) är det viktigt att sjuksköterskan arbetar utifrån de olika kärnkompetenserna för att kunna ge en god omvårdnad och minska risken för att ohälsa ska uppstå. Kvinnorna borde ha fått bättre information gällande hur deras levnadsvanor borde se ut och Wadensjö (2013) menar att sjuksköterskan bör använda sig av personcentrerad vård utifrån den individuellas behov. Denna studie skulle kunna medföra att sjuksköterskan får en bättre förståelse för hur kvinnor kan uppleva vardagen i det icke akuta skedet efter en hjärtinfarkt. Detta skulle kunna bidra till en förbättrad omvårdnad i ett tidigare skede och då leda till att kvinnor kan känna sig trygga redan vid hemgång från sjukhuset efter en hjärtinfarkt. Dock skulle mer forskning behöva göras kring hur eftervården vid hjärtinfarkt borde se ut. Detta för att öka sjuksköterskors kunskap om vilka behov av omvårdnad kvinnor kan ha efter att ha insjuknat i en hjärtinfarkt. Det skulle kunna underlätta för sjuksköterskor vilka tillvägagångssätt som bör tillämpas i omvårdnaden hos dessa kvinnor och vad sjuksköterskorna bör tänka på vid omvårdnaden av kvinnor som har insjuknat i en hjärtinfarkt.

Dahlberg et al. (2003) menar att alla upplevelser ska ses som unika. Detta medför att sjuksköterskor alltid bör utforma omvårdnad ur ett personcentrerat perspektiv. Dock fanns många likheter i studien om hur kvinnorna upplevde vardagen efter en hjärtinfarkt, vilket sjuksköterskor skulle kunna använda som ett instrument att utgå från.

Mer information kring hur sjukdomen kan påverka kvinnors vardag efter en hjärtinfarkt borde ges ut, det skulle kunna göra kvinnor mer förberedda på vilka förändringar som skulle kunna uppstå i deras vardag efter en hjärtinfarkt. Även om alla kvinnor inte upplever svårigheter efter en hjärtinfarkt kan det vara av betydelse att ändå ge ut information om vad som skulle kunna upplevas och vad som upplevts av andra kvinnor. Det skulle kunna medföra att kvinnor är mer förberedda på hur vardagen kan komma att se ut för dem. Det skulle kunna leda till att kvinnor har lättare att hantera dessa förändringar som kan uppkomma i vardagen efteråt. Om psykiska och fysiska förändringar skulle uppstå skulle tidig information kring detta kunna leda till att kvinnor har lättare att hantera sådana situationer. Mer acceptans skulle kunna infinna sig i kvinnors liv och de skulle kunna känna sig mer trygga då de i ett tidigare skede fått den information och kunskap av sjuksköterskan som kan vara relevant att få ta del av innan de lämnat sjukhuset efter hjärtinfarkten.

## Självständighet

Inledningen har Malin och Caroline gjort tillsammans. I bakgrunden har Caroline ansvarat för definitionsbegreppen medan Malin ansvarat för den teoretiska referensramen. Förklaring av metod har varit Malins huvudansvar där Caroline ansvarat för bilagor. Analysen har bearbetats och diskuterats fram tillsammans. Båda parter satt först ensamma och analyserade meningsenheterna och därefter gjordes resten av analysen gemensamt. Resultat och diskussion har båda gjort tillsammans

## Referenser

- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (203-221). Lund: Studentlitteratur AB.
- Björkelund, C., Bengtsson, C., Schenck-Gustafsson, K., & Swahn, E. (2001). Hantering av hjärt- och kärlsjukdom präglas av manligt perspektiv. *Läkartidningen*, 98, 30-31.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk Psykiatri i teori och praktik*. (7. Uppl.) Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserudd, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Doiron-Maillet, N., & Meagher-Stewart, D. (2013). The Uncertain Journey: Women's Experiences following a Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 14-23.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen – en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Leksell.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Granheim, U.H., & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Green, M. (2012). How national policy affects the care of patients who suffer heart attack. *British Journal of Nursing*, 21, 1199-1203.
- Helman, C.G. (2007). *Culture, health and illness*. London: Hoder Arnold.
- Higginson, R. (2008). Women's help-seeking behaviour at onset of myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 17, 10-14.
- Hjärt- Lungfonden. (2013). *Hjärtinfarkt- En skrift om vad som händer under och efter en hjärtinfarkt*. Stockholm: Hjärt- Lungfonden.
- 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), 1403-11.
- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (95-113). Lund: Studentlitteratur AB.



- Kerr, E-E., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2002). The recovery of mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction. *Heart & Lung, 31*, 355-367.
- Kristofferzon, M., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 391-401.
- MacInnes, JD. (2006). The illness of perceptions of women following AMI implications for behavior change and Attendance at Cardiac Rehabilitation. *Women & Health, 42*, 105-121.
- Mendes, B., Roux, G., & Ridosh, M. (2010). Phenomenon of Inner Strenght in Women Post-Myocardial Infarction. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(3), 248-258.
- Olsson, H., & Sörensson, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Persson, J., & Stagmo, M. (2008). *Perssons kardiologi hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur AB.
- 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.
- Rosén, M. (2013). Evidens och evidensbaserad vård. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (201-217). Stockholm: Liber.
- Schenck-Gustafsson, K. (2003). *Kvinnohjärtan – hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur AB.
- SFS1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. (2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*, 10-17.
- Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2011). Womens experience of myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*, 459-466.
- Socialstyrelsen (2013). *Dödsorsaker 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Hjärntinfarkter 1990-2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stevens, S., & Thomas, S-P. (2012). Recovery of Midlife Women From myocardial Infarction. *Health Care for Women International, 33*, 1096-1113.
- Svedlund, M., & Axelsson, I. (2000). Acute Myocardial Infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive Critical Care Nursing, 16*, 256-265.
- Vaccarino, V., Parsons, L., Every, R.N., Barron, H.V., & Krumholz, H.M. (1999). Sex-Based Differences in Early Mortality after Myocardial Infarction. *The New England Journal of Medicine, 341*, 217-225.

- Wadensjö, P. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (81-110). Stockholm: Liber.
- Wallenberg, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (482-496). Lund: Studentlitteratur AB.
- White, J., Hunter, M., & Holttum, S. (2007). How do women experience a Myocardial Infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustments and coping. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 278-288.
- Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård: Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Woodend, A-K., & Devins, G-M. (2005). Gender of the Care Environment: Influence on Recovery in Women with Heart Disease. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 15, 21-31.
- Worrall-Carter, L., Jones, T., & Driscoll, A. (2005). The experience and adjustments of women following their first acute myocardial infarction. *Contemporary Nurse*, 19, 211-221.

# Bilaga 1 Databassökningar

## Databassökningar i Cinahl 1(3)

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning
S1. Myocardial Infarction/Psychosocial factors (CH[Cinahl Headings])	884	20141031	-	-
S2. Heart Attack (Fritext)	1 706	20141031	-	-
S3. Acute Myocardial Infarction (Fritext)	7 684	20141031	-	-
S4. Myocardial Infarction (CH)	29 053	20141031	-	-
S5. Women + (CH)	21 515	20141031	-	-
S6. Female (Fritext)	1 173 283	20141031	-	-
S7. Life Experience + OR Life Style Changes OR Life Style, Sedentary OR Life Change Events (CH)	34 222	20141031	-	-
S8. Follow-up (Fritext)	87 644	20141031	-	-
S9. Emotions + (CH)	72 635	20141031	-	-
S10. Feeling (Fritext)	7 998	20141031	-	-
S11. Psychological (Fritext)	141 918	20141031	-	-
S12. Post-MI (Fritext)	444	20141031	-	-
S13. Gender (Fritext)	51 178	20141031	-	-

### Databassökningar Cinahl 2(3)

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning
S14. Lived Experience (Fritext)	2 600	20141031	-	-
S15. Quality of Life	84 414	20141031	-	-
S16. Women (Fritext)	169 769	20141031	-	-
S17. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S12	30 987	20141031	-	-
S18. S5 OR S6 OR S13 OR S16	1 207 108	20141031	-	-
S19. S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S14 OR S15	368 008	20141031	-	-
S20. S17 AND S18 AND S19	2 078	20141031	-	-
S21. S17 AND S18 AND S19 med begränsningar publication year 2000-2014, English language, research article, peer reviewed, female, age group ALL ADULT	1 426	20141031	75	15

### Databassökningar I PubMed 3(3)

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning
S1. Myocardial Infarction (Mesh)	147 402	20141031	-	-
S2. Women (Mesh)	30 075	20141031	-	-
S3. S1 OR Heart Attack (Fritext) OR Acute Myocardial Infarction (Fritext)	205 877	20141031	-	-
S4. S2 OR Female (Fritext)	6 737 600	20141031	-	-
S5. Life Experience (Fritext) OR Life Change Events (Fritext)	65 885	20141031	-	-
S6. S3 AND S4 AND S5 begränsningar Journal article, Publication year 2000-2014, English language, Female	283	20141031	12	8

## Bilaga 2 Granskningsprotokoll

### Olsson Sörensson (2011) Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (Syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	3/3
Introduktion	Saknas	Otydligt	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metod adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (Antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med hjärtinfarkt	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
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överrensstämmelse med resultatet	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Totalpoäng (max 47)				

## Bilaga 3 Artikelöversikt

### Artikelöversikt 1(3)

Författare/land	Titel	Tidsskrift/år	Syfte	Metod	Urval	Kvalité
Kerr, E-E., & Fothergill-Bourbonnais, F. Kanada.	The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction.	Heart & Lung (2002).	Att utforska upplevelsen vid återhämtning av hjärtinfarkt hos kvinnor över 65 år.	Kvalitativ innehållsanalys med ostrukturerade intervjuer.	7 kvinnor som haft sin första hjärtinfarkt.	Hög
Kristofferzon, M., Löfmark, R., & Carlsson, M. Sverige.	Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction.	Journal of Clinical Nursing (2007).	Beskriva upplevelsen av dagliga livet hos män och kvinnor under 4-6 månader efter en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer.	20 kvinnor 47-88 år och 19 män. 48-90 år.	Hög

### Artikelöversikt 2(3)

Författare/land	Titel	Tidsskrift/år	Syfte	Metod	Urval	Kvalité
MacInnes, JD. Storbritannien.	The illness of perceptions of women following AMI implications for behaviour change and attendance at Cardiac Rehabilitation.	Women & Health (2006).	Att beskriva hur kvinnor upplever sin sjukdom efter en akut hjärtinfarkt.	Kvalitativ innehållsanalys med semi-strukturerade intervjuer.	Kvinnor 30-80 år.	Hög
Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. Sverige.	Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis.	Scandinavian Journal of Caring Sciences (2007).	Beskriva och utforska kvinnors uppfattningar om stress före och efter en hjärtinfarkt.	Intervjuer, en på sjukhuset och en 4-10 månader efter, fenomenologisk ansats.	Legat på hjärtavdelning, 31-80 år. 20 på första intervjun, 16 andra.	Hög



### Artikelöversikt 3(3)

Författare/land	Titel	Tidsskrift/år	Syfte	Metod	Urval	Kvalité
Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. Sverige.	Womens experience of a myocardial infarction: 5 years later.	Scandinavian Journal of Caring Sciences (2011).	Att beskriva och utforska hur kvinnor upplever sitt dagliga liv 5 år efter en hjärtinfarkt.	En utforskande och beskrivande metod inspirerad av fenomenografi, med kvalitativ innehållsanalys.	12 kvinnor som varit med i tidigare studier, 40-90 år.	Hög
Svedlund, M., & Axelsson, I. Sverige.	Acute Myocardial Infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation.	Intensive Critical Care Nursing (2000).	Beskriva kvinnors och deras partners upplevelse av att leva i efterförloppet av en hjärtinfarkt.	Intervjuer, analysen utformades av fenomenologisk-hermeneutisk ansats.	9 kvinnor 57-57 år som bor med manlig partner.	Hög
White, J., Hunter, M., & Holttum, S. Storbritannien.	How do women experience Myocardial Infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustments and coping.	Psychology, Health & Medicine (2007).	Belysa upplevelser av levda erfarenheter efter en akut hjärtinfarkt.	Semi-strukturerade intervjuer, som analyserades med tolkningsfenomenologisk analysmetod.	5 kvinnor.	Hög

## Bilaga 4 Analysförfarande

### Analysförfarande 1(2)

Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>While it was evident that the women were determined to succeed in the undertaking lifestyle changes, the task was more difficult than anticipated.</i>	Samtidigt som det var bevisat att kvinnorna var bestämda att utföra de livsstilsförändringar som krävdes, så var uppgiften svårare än förväntat.	Kände sig beslutade att genomföra livsstilsförändringar men uppgiften var svårare än förväntat.	Svårt att utföra livsstilsförändringar trots vilja.		Livsstilsförändringar
<i>Life became meaningless because they experienced limitations in everyday life.</i>	Livet blev meningslöst för att de upplevde begränsningar i det dagliga livet.	Begränsningar i det dagliga livet gav känsla av meningslöshet.	Begränsningar gav meningslöshetskänslor.		Begränsningar

## Analysförfarande 2(2)

Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Feelings of uselessness and loss of strength in daily life also arose, i.e. they had lost the freedom that a healthy person can experience.</i>	Det uppstod känslor som meningslöshet och att de förlorat styrka i det dagliga livet, det vill säga de hade förlorat den frihet en frisk människa kan uppleva.	Kände sig värdelösa och att de förlorat styrka i det dagliga livet, det vill säga, att de förlorat friheten en frisk människa har.	Kände förlust av frihet.		Förlust
<i>They were still occupied with thoughts about how precarious life was and worried about having a new MI.</i>	De var fortfarande upptagna med tankar över hur skört livet var och oroliga över att få en ny hjärtinfarkt.	Tankar kring hur skört livet är, oro över att få en ny hjärtinfarkt.	Oro över ny hjärtinfarkt.		Att känna rädsla