



**KVINNORS UPPLEVELSE AV ETT DAGLIGT LIV EFTER EN
HJÄRTINFARKT**

**THE EXPERIENCE OF THE DAILY LIFE AMONG WOMEN AFTER
MYOCARDIAL INFARCTION**

Examinationsdatum: 2013-01-30
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 38
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Inga Wennergren
Zahra Bahramy

Handledare: Elisabet Alvemo
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige för både män och kvinnor. Kvinnor utgör cirka 40 procent av de drabbade. Det är övervägande äldre människor som insjuknar. Kvinnor drabbas senare i livet än män. De flesta som får en hjärtinfarkt överlever. Faktorer finns som ökar risken att drabbas av hjärtinfarkt. Vissa av dessa går att påverka genom förändrade levnadsvanor. Kvinnor är utsatta för särskilda riskfaktorer, exempelvis minskad östrogenproduktion. Även psykosociala faktorer utgör risk att drabbas av en hjärtinfarkt. Symtomen ser ibland annorlunda ut för kvinnor än män. Behandlingen kan bestå av såväl farmakologisk som kirurgisk behandling. Kvinnors dagliga liv efter en hjärtinfarkt ser annorlunda ut än för män. Sjuksköterskans uppgift är att anpassa vården efter kvinnors behov. Rehabiliteringsprogram kan användas för att underlätta återhämtningen efter en hjärtinfarkt. Begreppet dagligt liv beskrivs som beroende av det funktionella hälsotillståndet hos patienten.

Syfte

Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelse av ett dagligt liv efter en hjärtinfarkt.

Metod

En litteraturstudie valdes att utföras för att ge en samlad bild av aktuell forskning inom området. Tretton originalartiklar på engelska valdes ut efter databassökningar i PubMed, Cinahl och PsycINFO. Ytterligare tre studier inkluderades efter att även manuella sökningar genomförts.

Resultat

Analysen av artiklarna resulterade i fyra huvudteman; psykisk hälsa, sociala relationer, fysisk hälsa och anpassning av den nya livssituationen. Den psykiska hälsan hos kvinnorna formades av en plötslig identitetskris och existentiella funderingar. Oro, stress och rädslor var närvarande i det dagliga livet. Den fysiska hälsan var begränsad vilket gav upphov till negativa känslor. Kvinnorna led främst av trötthet och aktiviteter i det dagliga livet kunde inte utföras som tidigare. Sociala relationer var det tredje temat som framkom och var av stor betydelse för kvinnorna. Positiva effekter sågs som exempelvis förbättrat psykiskt mående och praktisk hjälp från närstående. Negativ inverkan beskrevs som ett överbeskyddande beteende från närstående samt en förlorad rollfunktion inom familjen. Vissa kvinnor besvärades av ensamhet. Det fjärde huvudtemat beskrev hur kvinnorna med tiden anpassade sig till den nya livssituationen. Detta med hjälp olika metoder för att påverka det dagliga livet. Livsstilsförändringar ägde rum och ett accepterande av situationen inträffade efter hand. Det var endast en liten del av kvinnorna som fick möjlighet att delta i rehabiliteringsprogram. De som deltog ansåg att programmet bidrog till anpassningen. Eftervården i övrigt upplevdes som ineffektiv och kvinnorna kände sig inte delaktiga i sin vård.

Slutsats

Det dagliga livet formades av ett ifrågasättande av den egna identiteten, närståendes beteende och förmåga till anpassning. Sjuksköterskor kan bidra till att fler kvinnor deltar i rehabiliteringsprogram genom att informera övrig vårdpersonal och patienter om dess effektivitet. Information till närstående om hur de kan stödja kvinnorna kan även ges av sjuksköterskor.

Nyckelord: myocardial infarction, women, experience, daily life

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patofysiologi	1
Förekomst och könsfördelning	1
Riskfaktorer	1
Symtom	3
Behandling	3
Omvårdnad	4
Rehabilitering	5
Dagligt liv	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	7
Val av metod	7
Datainsamling	7
Genomförande	8
Databearbetning	9
Trovärdighet	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Psykisk hälsa	10
Fysisk hälsa	10
Sociala relationer	11
Anpassning till den nya livssituationen	12
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsats	17
REFERENSER	18
BILAGA I-II	

INLEDNING

Det finns en utbredd uppfattning i samhället att kvinnor inte insjuknar i hjärtinfarkt i samma grad som män (Hildingh, Fridlund & Lidell, 2006). Kvinnor drabbas i nästan lika stor utsträckning men däremot sker det tio år senare i livet (Socialstyrelsen, 2007). Studier har tidigare (Fleury, Kimbrell & Kruszewski 1995; Schweikert, Hahmann & Leidl, 2008) och använder även fortfarande (Dodson., et al. 2012) män som forskningsobjekt trots att dessa studier gör anspråk på att förklara situationer utifrån både män och kvinnor. Resultaten kan därför inte ses som giltiga för kvinnor utan kan vara direkt missvisande. Såväl behandlingen som omhändertagande är präglad av ett manligt perspektiv (Björkelund, Bengtsson, Schenck-Gustavsson & Swahn, 2001) samtidigt som det är stora skillnader mellan män och kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005). Både fysisk och psykisk hälsa rankas lägre hos kvinnor än hos män (Brink, Karlson & Hallberg 2002). En sammanställning av resultat från artiklar som behandlar kvinnors upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt innehåller viktig kunskap inom omvårdnad (Björkelund et al., 2001) och utgör motivering till den valda litteraturstudien.

BAKGRUND

Patofysiologi

Kranskärnen försörjer hjärtmuskulaturen med syre och näringsämnen vilket är en förutsättning för hjärtat att arbeta oavbrutet. En hjärtinfarkt uppstår ofta genom att en del av vävnaden i hjärtmuskeln går i nekros då en blodpropp täpper till delar av hjärtats kranskärl. Syrebristen som uppstår leder till skador vars konsekvenser beror på lokaliseringen av kranskärlet och durationen av syrebristen (Ericson & Ericson, 2008).

Förekomst och könsfördelning

Enligt Socialstyrelsen (2010) var år 2009 antalet hjärtinfarkter 34800 i Sverige. Det är övervägande människor över 70 år som drabbas och antalet insjuknade ökar i åldrarna (Vickers, Taylor & Brady, 2003). Mellan år 1987-2008 utgjorde kvinnor i genomsnitt 40 procent av samtliga fall (Socialstyrelsen, 2010). Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige för både män och kvinnor (Schenck-Gustavsson, 2011). Män får infarkter både tidigare i åldrarna och något mer frekvent än kvinnor (Persson & Stagmo, 2008). Den höga mortaliteten till trots överlever de flesta kvinnor som drabbas och dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskar i Sverige bland både män och kvinnor. Bland medelålders kvinnor har förekomsten av hjärtinfarkter dock ökat de senaste 20 åren medan en minskning har skett hos jämgamla män (Towfighi, Zheng & Ovbiagele, 2009).

Riskfaktorer

Fysiska faktorer

Det finns vissa faktorer som ökar risken att drabbas av hjärtinfarkt. Den genetiska riskfaktorn är av stor betydelse. Risken att drabbas av en hjärtinfarkt är mer än dubbelt så stor för personer vars nära släktingar drabbats av en hjärtinfarkt. Genom att ändra sina levnadsvanor kan dock risken för en hjärtinfarkt minskas (Tavani et al., 2004).

Enligt Socialstyrelsen (2007) har en stor del patienter med hypertoni nästan inga symtom som gör dem medvetna om den. I förlängningen kan det höga trycket orsaka hjärt- och kärlsjukdomar hos dessa patienter.

Hyperkolesterolemi har en stor betydelse som riskfaktor för aterosklerotiska hjärt- och kärlsjukdomar. Vid en hyperkolesterolemi är koncentrationen av low density lipoprotein förhöjd vilket accelererar bildandet av ateroskleros (Dahlström, Johansson & Nyström 2010). Kvinnor når inte de önskade kolesterolvärdena vid medicinering mot hyperkolesterolemi i samma utsträckning som män gör (Mehner, Lindblad, Råstam & Boström, 2008). Diabetes är också en betydande riskfaktor för hjärtinfarkt. Personer med diabetes tenderar att utveckla hypertoni och ateroskleros på grund av förhöjda lipidnivåer i blodet och ökar därmed risken att drabbas av hjärtinfarkt (Danaei, Lawes, Vander-Hoorn, Murray & Ezzati, 2006).

En av de vanligaste orsakerna till hjärtinfarkt hos kvinnor är rökning (Chiuve et al., 2008). Nikotinpåverkan gör att det sympatiska nervsystemet aktiveras vilket leder till att både det systoliska och diastoliska blodtrycket ökar och bidrar därmed till hjärt- och kärlsjukdomar. Av alla dödsfallen i kardiovaskulär sjukdom har 25 procent orsakats av rökning (Schenck-Gustavsson, 2011). Det är därför av stor vikt att sjukvården satsar på vårdinsatser som främjar rökavvänjning bland rökande kvinnor (Anthonisen et al., 2005).

Enligt Socialstyrelsen (2009) har personer med övervikt eller fetma ökad risk att drabbas av hjärtinfarkt. Kvinnor i åldern 30–44 år som har ett Body Mass Index (BMI) över 32 riskerar en tre gånger så hög risk att avlida i hjärt- och kärlsjukdom jämfört med normalviktiga personer med BMI 19–22. Ålder över 65 år är en riskfaktor för att drabbas av hjärtinfarkt för både män och kvinnor (Bøgg-Hansen et al., 2007).

Tidigt klimakterium och preeklampsi är riskfaktorer som kvinnor är utsatta för (Parashar, Reid, Spertus, Shaw & Vaccarino, 2010). Dessa tillstånd ökar risken för hypertoni och i förlängningen hjärtinfarkt. Hormonet östrogen har en skyddande effekt mot bildning av aterosklerotisk plack. Efter klimakteriet minskar kvinnors östrogenhalt och risken för hjärtinfarkt ökar (Bellamy, Casas, Hingorani & Williams, 2007). Enligt en studie av Kolovou, Giannakopoulou, Vasiliadis och Bilianou (2011) är förekomsten av hjärtinfarkt hos kvinnor med normal produktion av hormonet östrogen fem gånger lägre än hos män.

Psykosociala faktorer

Den världsomfattande INTERHEART-studien vill att mer än hälften av hjärtinfarkterna ska tillskrivas psykosociala orsaker inklusive bristen av kontroll över livet, livsavgörande händelser, depression, stress på jobbet och i familjen (Yusuf et al., 2004). Det faktum att hjärtinfarkter bland kvinnor i medelåldern har ökat de senaste 20 åren kan bero på att de har en större total arbetsbörda än män räknat i arbetstid i och utanför hemmet. Stressen det genererar hos kvinnorna kan vara en av orsakerna till ökningen (Slopen et al., 2012).

Symtom

Bröstmärtor är enligt Løvlien, Schei och Hole (2006) det vanligaste symtomet vid en hjärtinfarkt. Det är dock ett vanligare symtom hos män än hos kvinnor. Kvinnorna anger oftare än män illamående, dyspné, hjärtklappning, svimning och ryggsmärta som symtom (Isaksson, 2011). Kvinnliga patienter såväl som behandlande läkare känner ofta inte till vilka symtom en hjärtinfarkt kan medföra vilket kan leda till feltolkningar både hos de kvinnliga patienterna och hos läkare. Då symtomen inte alltid stämmer överens med den klassiska manliga symtombilden kan det många gånger leda till en fördröjning av behandling och då hämmas även återhämtningen (Zbierajewski-Eischeid & Loeb, 2009; Towfighi et al., 2009).

Behandling

Kvinnor tenderar att vänta längre än män innan de söker vård för sin hjärtinfarkt (Higginson, 2008). Behandlingen efter en hjärtinfarkt kan vara farmakologisk såväl som kirurgisk (Tunstall-Pedoe et al., 2000). En problematik kring behandlingen av kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt är en tendens hos dem att förminska sjukdomspåverkan (Sutherland & Jensen 2000).

Farmakologisk behandling

Vid behandling av hjärtinfarkt är det viktigt att vårdpersonalen så fort som möjligt startar blodproppsupplösande behandling, trombolys, så att genomblödningen förbättras och infarktens omfattning minskar. För att förhindra en ny hjärtinfarkt används blodproppshämmande, kärlpåverkande farmaka. Efter hjärtinfarkten övervägs behandling med betablockerare för att minska myokardiets syrebehov genom att verka blodtrycks- och pulssänkande. Nitroglycerin ges som snabb symtomlindring, både initialt i behandlingen och senare, genom sin kärldilaterande effekt. Detta gör att belastningen minskar på hjärtat (Socialstyrelsen, 2008).

Kirurgisk behandling

Percutaneous Coronary Intervention (PCI), även kallad ballongvidgning, är en framgångsrik kirurgisk behandling för allvarliga kärlförträngningar. Vid det akuta skedet av en hjärtinfarkt bör PCI-behandling genast övervägas. Genom att föra in en kateter via kärlen i handleden eller ljumsken blåses en ballong upp inuti det förträngda kranskärl för att vidga det och förbättra blodcirkulationen. I samband med det placeras ofta ett metallnät, så kallat stent, i kranskärl. Det görs för att säkra att vidgningen kvarstår. Om patienten har fler förträngningar i kärlet, görs med fördel en bypass-operation istället för en PCI. Blodkärl flyttas då från andra delar av kroppen, till exempel används vener från insidan av benet, eller en pulsåder från underarmen för att leda blodet i en ny bana från stora kroppspulsådern till de friska kranskärlen runt hjärtat (Persson & Stagmo, 2008).

Omvårdnad

Kvinnor får inte adekvat behandling efter en hjärtinfarkt i samma grad som män. Att råda bot på detta är en stor utmaning inom vården och tillhör ansvarsområdet för sjuksköterskan. Sjuksköterskan utgör en viktig länk mellan patienter, närstående och övrig vårdpersonal och ska samordna, utveckla och utvärdera omvårdnaden kring patienter (Wit, Bos-Schaap, Hautvast, Heestermans & Umans, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2005) bör sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera i dialog med patient och närstående på ett lyhört sätt samt informera och undervisa desamma och förvissa sig om att de förstår given information. I en studie av Wyatt och Ratner (2004) uppger kvinnor att de är i stort behov av information angående symtom då de i stort sett är omedvetna om att dessa kan vara annorlunda hos kvinnor jämfört med män.

Travelbee (1971) beskriver omvårdnad som en mellanmänsklig process där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, familj eller ett samhälle att förebygga eller övervinna upplevelser av sjukdom och lidande samt hitta en mening i upplevelsena. Att lindra lidande är enligt Travelbee (1971) sjuksköterskans främsta uppgift. Vidare menar författaren att alla människor upplever lidande. Upplevelsen är högst individuell och formas av individens personlighet och tidigare erfarenheter.

Tidigare har det framkommit att det dagliga livet för kvinnor som genomlidit en hjärtinfarkt ser annorlunda ut än för män. Vetenskapliga belägg behövs för att på rätt sätt forma omvårdnaden för kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. Det behövs därför evidensbaserad kunskap om hur det dagliga livet ser ut för dessa kvinnor (Kristofferzon et al., 2007). Att tillfredställa patientens behov av att vara delaktig i vården är ett viktigt mål för sjuksköterskor att uppnå. Om vård inte är möjligt för patienten att utföra själv ska sjuksköterska utföra den (Denyes, Orem, Bekel & SozWiss, 2001). Även språket är viktigt i omvårdnaden. För att undvika missuppfattningar mellan patienter och vårdare är det viktigt att sjuksköterskan undviker fackspråk och istället använder ett språk som patienten kan förstå (Clark, 2003). Kullberg (2001) skriver i sin avhandling att den tekniska aspekten i vården är tillfredställande för patienterna men att de önskar en bättre relation till vårdaren som utför de tekniska uppgifterna. I vårdplaneringen bör därför omvårdnaden få större utrymme. Även Wiklund (2003) uppmärksammar hur vårdaren i genomförandet av den tekniska uppgiften ska reflektera kring det större sammanhang handlingen utförs i, med hälsa, lidande och vård i åtanke.

Vid omvårdnad av en patient krävs att en sjuksköterska ska vara kunnig om sjukdomens alla aspekter och att vara lyhörd för att kunna identifiera de dagar patienten är mottaglig att motiveras till livsstilsförändringar. Sjuksköterskan bör kunna tolka patientens existentiella, emotionella, intellektuella och kulturella dimensioner för att ge en god omvårdnad (Fridlund, 2002). De individuella behoven hos patienten kan komma i skymundan i standardiserade vårdprogram. En medvetenhet hos sjuksköterskan om familjens betydelse och inflytande på patienten är av stor vikt och är ett steg i ledet att se patienten som en helhet.

Vid utskrivningen från sjukhuset bör sjuksköterskan förbereda patienten och närstående för de krisreaktioner som kan uppstå när man drabbas av en sjukdom (Jensen & Petersson, 2003), till exempel förnekande av det inträffade, kommunikationsproblem och desperata handlingar (Cullberg, 2006).

Rehabiliteringsprogram

Deltagandet i rehabiliteringsprogram efter fastställd diagnos är lägre hos kvinnor än hos män (Gallagher, McKinley & Dracup, 2003). Enligt Jackson, Leclerc, Erskine och Linden (2005) är endast runt hälften av deltagarna kvinnor. Individualiserade rehabiliteringsprogram utformade av sjuksköterskor har visat sig framgångsrika för att öka deltagandet bland patienter (Cossette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau & Guertin, 2012). Rehabilitering erbjuds i vissa fall till personer som drabbas av hjärtsjukdom för att underlätta återhämtningen och förhindra återinsjuknande hos dessa patienter (Rees & Ebrahim, 2002). Hjärtinfarkt kan orsaka funktionshinder och död om inte rehabiliteringen sätts igång i tid (White & Chew, 2008). Rehabilitering är därför ett effektivt sätt att förbättra prognosen för dessa patienter (Ades, 2001). Den består av olika aktiviteter som ger patienten möjlighet att säkerställa fysiska, psykiska och sociala omständigheter. Sjukdomsinformation, kostrådgivning, rökavvänjning, motionsrådgivning, medicinsk behandling och psykosocial vård är styrande delar i ett hjärtrehabiliteringsprogram (Giannuzzi et al., 2003). Enligt en kvalitativ undersökning av Davidson et al. (2008) behöver rehabiliteringsprogram utformas speciellt för kvinnor. Professionell rehabilitering efter en hjärtinfarkt behöver implementeras och utformas utifrån kvinnors behov för att ge stöd efter utskrivning från sjukhus.

Dagligt liv

I Carnevalis modell (1999) beskrivs hur dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd samspelar och är beroende av varandra. Vid observation av en patients dagliga liv bör sjuksköterskan enligt modellen ta hänsyn till den funktionella förmågan. Carnevali (1999) beskriver modellen som en balansvåg, där det dagliga livet och den funktionella förmågan bör hitta en balans. Således ställs det dagliga livets krav mot de inre och yttre resurser patienten har till sitt förfogande att tillgodose dem med. De fem kraven är enligt Carnevali (1999) aktiviteter, händelser, förväntningar, omgivning och värderingar, övertygelser, seder och bruk. Inre resurser kan bestå av motivationsfärdigheter, kommunikation och uthållighet, och yttre resurser av exempelvis ekonomi och bostad. Det optimala är att resurserna räcker till för att uppfylla kraven.

Fysisk hälsa

Fyrtio procent av patienterna i en studie på både män och kvinnor upplevde ett år efter hjärtinfarkten en försämring av den fysiska hälsan och på grund av det även en självständighetsförlust (Dodson et al., 2012). En annan studie visar att kvinnors fysiska förmåga efter en hjärtinfarkt är sämre än den hos män (Dueñas, Ramirez, Arana & Failde, 2011).

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är central för hälsorelaterad livskvalitet hos båda könen (Dueñas et al., 2011). Ångest och depression är vanligt hos patienter med hjärtinfarkt. Den inträffade händelsen väcker en känsla av rädsla för att plötsligt dö och därefter kommer oron över att behöva leva med en kronisk sjukdom resten av livet. Detta skapar en osäkerhet för de drabbade kring sin egen hälsa (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007). Genom psykoterapi, antidepressiva läkemedel, regelbunden motion och beteendemässiga interventioner kan de psykosociala faktorerna som leder till hjärtinfarkt motverkas (von Känel, 2012).

Sociala relationer

En hjärtinfarkt kommer att orsaka en stor förändring i individens dagliga liv och tillvaro. Stöd från familjemedlemmar leder dock till ett bättre dagligt liv (Wltodarczyk & Lazarewicz, 2010). Tillståndet efter hjärtinfarkten kommer inte bara att påverka individen själv utan drabbar hela familjen (Kristofferzon et al., 2005). Närstående till dessa patienter har uttryckt ett känslomässigt lidande i form av depression, ångest och trötthet (Jones et al., 2006). Livskvaliteten är i högre grad förknippad med socialt stöd bland kvinnor än bland män (Dueñas et al., 2011).

Problemformulering

Kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt genomgår stora förändringar i livet. Sjuksköterskor stöter troligtvis på kvinnor med diagnosen många gånger under sin yrkesverksamhet. Det betyder att sjuksköterskor behöver kunskap för att kunna möta dessa kvinnor och ge dem den omvårdnad de behöver (Kristofferzon et al., 2007). Björkelund et al. (2001) skriver att omvårdnaden är präglad av ett manligt perspektiv. Det är därför viktigt att skapa en samlad bild av kunskapen kring kvinnors upplevelse av ett dagligt liv efter en hjärtinfarkt. Vetenskapliga artiklar kring kvinnors upplevelser av livet efter en hjärtinfarkt bör lyftas fram och resultat utläsas. Detta för att göra det möjligt för sjukvårdspersonal att anpassa sjukvården utifrån kvinnors behov av omvårdnad och därmed öka livskvalitén och i förlängningen minska mortaliteten hos drabbade kvinnor. Enligt Winberg och Fridlund (2002) behövs en sådan kunskapsgrund att basera omvårdnaden på. Sjuksköterskor riskerar annars att inte kunna ge kvinnliga patienter den omvårdnad de behöver för att förbättra deras dagliga liv.

SYFTE

Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelse av ett dagligt liv efter en hjärtinfarkt.

METOD

Val av metod

Metoden litteraturstudie valdes utifrån föresatsen att beskriva aktuellt forskningsresultat inom området. En litteraturstudie innebär att man söker och kritiskt granskar artiklar och redovisar resultaten för det valda ämnet eller problemområdet (Polit & Beck, 2012).

Datainsamling

För att hitta artiklar som besvarar föreliggande studies syfte gjordes sökningar i databaser. Datainsamling utfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. PubMed är en bred databas som omfattar medicin, omvårdnad och odontologi. Cinahl täcker områdena arbetsterapi, sjukgymnastik och omvårdnad. PsycINFO innehåller litteratur relaterad till psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad. De utvalda artiklarna var både av kvalitativ och av kvantitativ ansats (Forsberg & Wengström, 2008). Sökorden women, myocardial infarction, experience, health, daily life och quality of life, valdes utifrån litteraturstudiens syfte och användes i fritextsökningar i de ovan nämnda databaserna. PubMed:s MeSH-termer, ämnesord, användes i sökningarna. Sökorden women, myocardial infarction, health och quality of life var MeSH-termer som var relevanta och användes. Fritextorden daily life och experience användes då deras motsvarighet i MeSH-termer, life change events och activities, inte gav önskat antal träffar och endast redan funna artiklar hittades. De ansågs kunna användas relaterat till studiens syfte. Fritextsökningarna kombinerades med MeSH-termerna i sökningarna.

Urval

Endast artiklar som publicerats på engelska inkluderades då författarna behärskar språket och det saknades artiklar på svenska. Då aktuell forskning önskades skulle artiklarna vara publicerade mellan åren 2002-2012. Endast originalartiklar där artikelförfattarna redovisat resultatet av studien för första gången inkluderades. Ett urvalskriterium var att artiklarna var peer-reviewed då en tidigare granskning av artikeln genomförts och utgjorde ett kvalitetsfilter (Forsberg & Wengström, 2008). Enbart studier som behandlat kvinnor i åldern 18 och äldre användes då hjärtinfarkt i de allra flesta fall inträffar hos en äldre population.

Manuell sökning

I enlighet med Forsberg och Wengström (2008) gjordes även en manuell sökning genom att studera referenslistor i vetenskapliga artiklar som besvarade föreliggande studies syfte. Sökningen resulterade i ytterligare tre artiklar som sedan användes till resultatet.

Tabell 1. Sökschema

Redovisning av artikelsökning på databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO.

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstrakt	Utvalda artiklar
PubMed	2012-09-01	myocardial infarction AND women AND quality of life	Published 2002-2012 Language English Peer Reviewed	119	35	3
PubMed	2012-09-02	Women experience AND myocardial infarction AND health	Published 2002-2012 Language English Special Humans	99	13	4
Cinahl	2012-09-02	myocardial infarction AND women AND quality of life	Published 2002-2012 Language English Peer Reviewed Gender Female Research Articles	42	20	3
Cinahl	2012-09-03	myocardial infarction AND women AND daily life	Published 2002-2012 English Peer Reviewed Gender Female Research Articles	7	1	1
PsycINFO	2012-09-03	myocardial infarction AND women AND daily life	Published 2002-2012 Publication Type: Peer Reviewed Journal	7	4	2
Totalt				274	73	13

Genomförande

Titlar på artiklar som erhållits från sökorden och den manuella sökningen lästes och utifrån dessa valdes abstrakt ut som besvarade studiens syfte för vidare analys. Efter en kvalitetsgranskning av de utvalda abstrakten utifrån det modifierade bedömningsunderlaget av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) återstod 19 artiklar som ansågs motsvara syftet för litteraturstudien. En granskning av artiklarna utfördes var för sig av båda författarna. Detta gjordes för att minska risken för misstolkning och därefter fördes en diskussion angående artiklarnas relevans för litteraturstudiens syfte innan det slutgiltiga urvalet gjordes. Artiklarna som fokuserade på kvinnors upplevelse av ett dagligt liv efter en hjärtinfarkt och samtidigt bedömdes vara av god kvalitet inkluderades slutgiltigt. I samband med detta exkluderades tre tidigare utvalda artiklar. En artikel hade alltför låg kvalitet för att användas och två hade syften som inte motsvarade det önskade (Forsberg & Wengström, 2008).

Det slutliga antalet artiklar uppgick till 16 stycken som svarade på studiens syfte. De utvalda artiklarna framställdes därefter i en matris utformad utifrån Willman et al. (2011) för att få en tydlig överblick av dem.

Databearbetning

Samtliga artiklar studerades i sin helhet av författarna var för sig för att försäkra sig om deras tillämplighet. Alla de 16 artiklarna granskades flera gånger i sin helhet. Detta för att få en djupare förståelse för deras innehåll och inte utesluta betydelsefullt innehåll. Vid läsning av resultaten av de utvalda artiklarna användes färgade överstrykningspennor för att markera avsnitt i texten av betydelse i relation till syftet för litteraturstudien. De markerade avsnitten utgjorde meningsbärande enheter och skrevs in i ett enskilt dokument ämnat för resultatdelen. Ur de meningsbärande enheterna framkom efter analysering olika teman som var gemensamma för studierna (Forsberg & Wengström, 2008). Resultatet i litteraturstudien delades upp under dessa fyra huvudteman; psykisk hälsa, fysisk hälsa, sociala relationer och anpassning till den nya livssituationen.

Trovärdighet

Enligt Forsberg och Wengström (2008) är en litteraturstudies värde bland annat beroende av kvaliteten på de inkluderade artiklarna och de bör alla värderas i flera steg. För att säkra kvaliteten var de utvalda artiklarna peer-reviewed och kvalitetsgranskade av publicerande tidskrift. Genom att gå in på publiceringskällornas hemsidor kontrollerades manuellt att de enskilda artiklarna var peer-reviewed i enlighet med Friberg (2012). Varje studie kvalitetsgranskades och kategoriserades sedan manuellt utifrån det modifierade bedömningsunderlaget för vetenskaplig klassificering av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Endast vetenskapliga studier av medel till hög kvalitet har inkluderats. Studierna som använts finns presenterade i en matris (se Bilaga II). I matrisen redovisas granskning, kvalitetsbedömning och sortering av artiklarna vilket förenklade analysen av innehållet. Vidare har ett engelsk-svenskt lexikon (Norstedts stora engelska ordbok, 2011) använts i översättningen av de inkluderade artiklarna. Detta för att undvika språkliga feltolkningar av texten (Forsberg och Wengström 2008).

Forskningsetiska överväganden

Författarna till föreliggande studie har presenterat resultat från de vetenskapliga artiklarna utan att systematiskt undanhålla fakta, förvanska innehållet eller vara partiska. Enligt Helgesson (2006) bör forskningsprocessen utföras med respekt för människovärdet. Vidare anser han att hänsyn bör tas för att inte riskera de i studierna inkluderade personernas hälsa, integritet och säkerhet. Vid en litteraturstudie som denna behövs inte något forskningsetiskt tillstånd. Artiklarna som används i litteraturstudien måste däremot vara skrivna med ett tidigare etiskt godkännande. Den genomförda kvalitetsgranskningen visade att en sådan bedömning gjorts. Avsikten har varit att varken plagiera eller fabricera data. En objektivitet till den valda litteraturen har genomsyrat hela arbetets gång och i möjligaste mån har ett sanningsenligt resultat återgetts.

RESULTAT

Resultatet presenteras med hjälp av fyra huvudteman som även delats upp i sju underrubriker. Dessa är psykisk hälsa, med underrubrikerna identitetskris och oro, stress och rädslor. Fysisk hälsa presenteras utan underrubriker. Sociala relationer delas upp i negativa och positiva upplevelser. Anpassning till den nya livssituationen, delas upp i underrubrikerna psykisk anpassning, fysisk anpassning och rehabiliteringsprogram.

Psykisk hälsa

Identitetskris

I flera studier framkommer att kvinnorna upplever en förlust av kontroll över sin situation. De känner en svårighet att påverka sitt dagliga liv eftersom de inte har grepp över sin livssituation. (Sundler et al., 2009; Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Mendes et al., 2010). I sin strävan efter att återfå kontroll över sina liv ifrågasattes självbilden (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003). Det dagliga livet blev format av en existentiell osäkerhet (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003; Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003; Mendes et al., 2010). Tankar kring sin existens och sökandet efter en ny identitet tog plats i livet (Johansson & Ekebergh, 2006). För att behålla sin självständighet kände sig kvinnorna tvungna att kämpa (Worrall-Carter et al., 2005). Kroppen sågs inte längre som ett verktyg utan som ett hot mot deras existens. Den existentiella pressen gav en osäker tillvaro samtidigt som viljan att leva blev starkare (Johansson et al., 2003).

Oro, stress och rädslor

Hjärtinfarkten innebar enligt Sjöström-Strand & Fridlund (2007) och White & Groh (2007) en risk att drabbas av nedstämdhet, ångest och depression. I det dagliga livet fanns en ständig ovisshet och en maktlöshet över framtiden (Johansson et al., 2003; Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011, Svedlund & Danielson, 2004). Rädsla för återinsjuknande och död återfanns i flera studiers resultat (Sjöström-Strand, et al., 2011; White, Hunter et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007, Svedlund & Danielson, 2004). Det fanns en rädsla hos kvinnorna för att somna, då de var rädda att inte vakna igen på grund av en ny infarkt (Mendes et al., 2010). I studien av Svedlund och Danielson (2004) återges hur en kvinna städar huset varje kväll då hon inte vill vara till belastning om hon avlider under natten. Kvinnorna kände även skuld över att de inte gjort mer för att undvika hjärtinfarkten (Mendes et al., 2010) eller sökt medicinsk hjälp tidigare (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003). Det ständiga sökandet efter orsakerna till hjärtinfarkten gav upphov till stress i det dagliga livet. Särskilt hos de yngre kvinnorna var detta påfrestande då de inte fann förklaringar till den (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). En oro hos kvinnorna att inte kunna återhämta sig efter hjärtinfarkten redogör Mendes et al. (2010) för i en studie. I två studier återger kvinnorna en längtan efter livet de tidigare levde (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003; Johansson et al., 2003).

Fysisk hälsa

Bristen av kontroll över den egna kroppen medförde praktiska svårigheter att utföra dagliga sysslor. Att exempelvis utföra hushållsarbete, promenera, socialisera sig och köra

bil hörde till aktiviteter som upplevdes som svåra att klara av. Kvinnorna angav främst extrem trötthet som orsak till begränsningen. Frustration, stress, rastlöshet och en förlust av självständigheten var känslor som då uppstod (Johansson et al. 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Johansson & Ekebergh, 2006; Sjöström-Strand et al., 2011; Worrall-Carter et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Mendes et al., 2010). De tidigare glädjeämnen var inte desamma utan den fungerande kroppen. All energi gick åt till vardagliga sysslor som utfördes med svårighet (Johansson et al., 2003).

För att kunna återhämta sig efter hjärtinfarkten var de tvungna att avstå från delar av sitt tidigare dagliga liv genom att till exempel lämna arbetslivet (Worrall-Carter et al. 2005). Den begränsade fysiska förmågan gav upphov till oro och rädsla för överansträngning och överdriven vaksamhet kring de fysiska symtomen efter hjärtinfarkten (White et al., 2007). Kvinnorna uttryckte enligt Svedlund och Danielson (2004) en vilja att organisera hushållsarbetet och tankar kring detta upptog mycket av deras tid. Detta trots att närstående hjälpte till med hushållsarbetet. De ansåg sig vara tvungna att förklara vilket arbete som skulle utföras och hur det skulle göras.

Sociala relationer

Relationer av olika slag upplevdes som viktiga för hälsan och välmåendet. De påverkade kvinnorna både i positiv och i negativ bemärkelse (Sundler et al., 2009; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Sjöström-Strand et al., 2011; Kamm-Steigelman, et al., 2006; Worrall-Carter et al. 2005; Mendes et al., 2010).

Positiva upplevelser

Att en ökad närvaro av familj och vänner var signifikant relaterat med lägre nivåer av depression sågs bland kvinnorna i studien av Kamm-Steigelman et al. (2006) och emotionellt stöd ansågs av kvinnorna som det viktigaste stödet i sin återhämtning efter hjärtinfarkten enligt Kerr & Fothergill-Bourbonnais (2002).

Studier av Rankin och Fukuoka (2003), White et al., (2007), Wieslander et al., (2005) och Mendes et al., (2010) visar alla att relationen med familjen upplevs som förbättrad efter hjärtinfarkten. En signifikant förbättring av det psykiska måendet upplevdes av kvinnorna ett år efter hjärtinfarkten (Rankin & Fukuoka, 2003). Genom att socialisera sig med familj och vänner upplevde kvinnorna känslor av välmående och emotionell förbättring (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Hos kvinnorna sågs även en vilja att komma i kontakt med andra personer med liknande upplevelser för att få emotionellt stöd och mening i det dagliga livet (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003 & Mendes et al., 2010).

Närstående hjälpte till med vardagliga sysslor som till exempel matlagning och städning, vilket förutom att det underlättade rent praktiskt också var ett uttryck för omtanke och ett mentalt stöd enligt kvinnorna (Sjöström-Strand et al., 2011; Worrall-Carter et al., 2005). De ansåg även att det var viktigt att sätta ord på det inträffade och återberättande var ett sätt att förstå sin osäkerhet (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002), sina svårigheter och hinder i vardagen (Johansson & Ekebergh, 2006).

Negativa upplevelser

Vetskapen om att närstående fanns där för kvinnorna upplevdes som det väsentliga i relationerna, det psykiska stödet behövde inte vara verbalt för att uppfattas (Sjöström-Strand et al., 2011; Svedlund & Danielson, 2004, White, et al. 2007; Worrall-Carter et al., 2005). Verbala försök från närstående att stödja kvinnorna resulterade inte alltid i positiva upplevelser. Ett undvikande av alltför ingående analyser kring den inträffade hjärtinfarkten inträffade därför. Kvinnorna uppgav att de inte ville äta sina upplevelser (White, et al., 2007; Worrall-Carter et al., 2005). Negativa aspekter av sociala relationer rör även beskydd från närstående som upplevdes som överdrivet. I en studie av Svedlund och Danielson (2004) skildras hur kvinnorna upplever krav från deras partners, till exempel genom att i detalj behöva redogöra för dagen. Enligt flera studier känner sig kvinnorna övervakade, både av närstående och av kollegor (Wickholm & Fridlund, 2003; Svedlund & Danielson; 2004; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). En extrem övervakning från familjen var stressgivande i det dagliga livet enligt Sjöström-Strand & Fridlund (2007). I en studie av Doiron-Maillet och Meagher-Stewart (2003) framkom att närståendes ständiga vakande över dem gav en känsla av frustration och hjälplöshet. I Worrall-Carter et al. studie (2005) kände sig flera kvinnor överbeskyddade av sina makar vilket förminskade känslan av självständighet. Svedlund och Danielson (2004) beskriver kvinnorna hur de är måna om att ta sina egna beslut i det dagliga livet. De önskade att partnern skulle stödja dem utan att vara krävande eller överbeskyddande. I samma studie framkom att kvinnorna var trötta på deras partners ständiga omtänksamhet som händelsen medförde. En studie av Wickholm och Fridlund (2003) visade att kvinnorna kände sig övervakade på sina arbetsplatser, särskilt under det första året efter hjärtinfarkten. Förlusten av kontrollen över hemmet medförde även en förlust av rollidentiteten i familjen. Då de inte kunde fylla sin rollfunktion, upplevde de ett minskat värde som individer (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Svedlund & Danielson 2004). Enligt Svedlund och Danielson (2004) var det besvärligt att inte längre vara den starka i familjen.

I flera studier uppges ensamhet vara besvärande för kvinnorna efter en hjärtinfarkt (Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). En känsla hos kvinnorna av att vara övergivna uppgav de leda till lidande, rädsla och osäkerhet (Johansson et al., 2003). En orsak till ensamheten uppges i studier av Sundler et al. (2009) och Kerr och Fothergill-Bourbonnais (2002) vara kroppens fysiska begränsningar att socialisera sig på det sätt som de gjorde innan hjärtinfarkten. En annan berodde på att kvinnorna inte ville oroa sin familj utan höll upplevelserna för sig själv vilket gav dem en känsla av ensamhet (Svedlund & Danielson, 2004).

Anpassning till ett nytt dagligt liv

Psykisk anpassning

För att försöka förstå sin nya hälsosituation upplevde kvinnorna ett behov av att stanna upp och tänka igenom det inträffade (Sundler et al., 2009; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Att reflektera över det inträffade innebar ett ifrågasättande av sin tidigare livsföring (Sundler et al., 2009).

Längtan efter välmående och normalitet i livet var stark (Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Mendes et al., 2010) och sökandet efter balans i det dagliga livet var ständigt närvarande (Sundler et al., 2009; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003; Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003). Ett accepterande av den nya livssituationen inträffade efter hand (Johansson et al., 2003 & Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002) och kvinnorna upplevde då en inre styrka och uttryckte en vilja att leva (Johansson et al., 2003; Sjöström-Strand et al., 2011; Mendes et al., 2010). En känsla av att tvingas acceptera förändringarna i livet fanns hos kvinnorna (Johansson et al., 2003 & Worrall-Carter et al., 2005) och de kände sig tvungna att hitta nya glädjeämnen i deras dagliga liv (Svedlund & Danielson, 2004). Strävan efter att uppnå försoning med sin identitet var angeläget efter hjärtinfarkten och en vilja att återupprätta sin relation med sin kropp var en viktig del av detta (Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003).

Fysisk anpassning

För att uppnå hälsa i den nya livssituationen letade kvinnorna efter metoder att förändra det dagliga livet med (Sundler et al., 2009; Wickholm & Fridlund, 2003; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003; Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003; Sjöström-Strand et al., 2011). De blev medvetna om riskfaktorer för hjärtinfarkt i sin tidigare livsföring (Sjöström-Strand et al., 2011). Att träna och ändra sina kostvanor var exempel på metoder som användes av kvinnorna med avsikt att främja tillfrisknandet. Det visade sig även att dessa metoder var framgångsrika då regelbunden motion ökade och en kostmedvetenhet infann sig (Wickholm & Fridlund, 2003 & Mendes et al., 2010). Kvinnor i en studie av White et al., (2007) uppgav att de var i bättre fysisk form två månader efter hjärtinfarkten jämfört med tiden före händelsen. Även rökningen minskade signifikant hos kvinnorna efter en hjärtinfarkt (Wickholm & Fridlund, 2003).

Rehabiliteringsprogram

Få kvinnor erbjöds att delta i kardiologiska rehabiliteringsprogram och ännu färre blev uppmuntrade av vårdpersonal att göra det (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Sjöström-Strand et al., 2011). De kvinnor som deltagit i rehabiliteringsprogram lärde sig metoder för att lättare anpassa sig till den nya situationen och uppskattade möjligheten att få dela med sig av upplevelsen av sin hjärtinfarkt (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; White et al., 2007; Wieslander et al., 2005). I den allmänna eftervården upplevdes däremot att vårdgivarna tog över hälsoprocessen och gjorde det svårt för kvinnorna att själva känna sig delaktiga i den (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Detta samtidigt som de kände sig beroende av vårdarna för att uppnå hälsa och välmående. Professionella vårdares förmåga i eftervården att möta kvinnorna i deras hjälpsökande upplevdes därför av kvinnorna som otillräcklig (Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003). Gemensamt i flera studiers resultat var en önskan hos kvinnorna att få individuellt anpassad vård (Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). När kvinnorna fick delta i sin hälsoprocess kunde de lättare handskas med det dagliga livet och strävan efter att förbättra sitt mående kunde på så vis ge resultat. De kunde efter en sådan anpassning planera sin framtid och se på den med tilltro (Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson et al., 2003; Svedlund & Danielson, 2004).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Föreliggande studies syfte var att beskriva kvinnors upplevelse av ett dagligt liv efter en hjärtinfarkt. En litteraturstudie valdes som metod eftersom en sammanställning av aktuell kunskap inom området var önskvärt för författarna. Fördelen med vald metod var att ett brett och överblickbart resultat kunde utläsas. Utöver det har förmågan att söka och kritiskt granska vetenskapliga studier förbättrats för oss. Däremot såg författarna en nackdel i metoden genom att data begränsades av valda studiers resultat och att vi inte kunnat ställa egenformulerade frågor.

Författarnas initiala önskan var att endast inkludera artiklar publicerade de senaste fem åren. Detta för att bygga litteraturstudien på så aktuella forskningsresultat som möjligt. Det fanns dock inte tillräckligt många sådana artiklar att basera litteraturstudien på. En utökning av inklusionskriterier gjordes därför till att inkludera studier publicerade de senaste 10 åren, det vill säga år 2002-2012. Svagheten med att författarna valt att innefatta äldre artiklar än 5 år är att forskningsområdet kan ha utvecklats mycket det senaste decenniet vilket utgör en risk för att resultat inte är aktuellt i dagsläget.

Författarna upplevde att de använde sökorden och MeSH-termerna ledde till att hitta de aktuella studier som fanns inom området. I PubMed hittades ett stort antal artiklar medan det i PsycINFO endast fanns ett fåtal. Då forskningsområdet är relativt nytt anser vi att sökningarna var framgångsrika och med tanke på det var antalet inkluderade artiklar godtagbart.

I databassökningarna framkom en mängd artiklar som jämförde män och kvinnors upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt vilket inte ingick i syftet som endast var att beskriva kvinnors upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt. Studierna som jämförde män och kvinnors upplevelser uteslöts därför från datainsamlingen. Antalet artiklar som kvalitetsgranskades med hjälp av bedömningsmallen för vetenskaplig klassificering modifierad av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) var 19 stycken. En av dessa uteslöts från studien på grund av den bristande kvaliteten. Ytterligare två exkluderades då det upptäcktes att kvinnorna i studien i själva verket var partners till män som drabbats av hjärtinfarkt. De 16 artiklar som kvarstod ansågs som tillräckligt många för att besvara litteraturstudiens syfte på ett trovärdigt sätt. Två studier ansågs ha medelkvalitet och inkluderades eftersom deras resultat ändå överrenstämde med föreliggande studies syfte. För att få en god trovärdighet på litteraturstudien inkluderades både kvalitativa och kvantitativa studier (Forsberg och Wengström, 2008).

I det slutgiltiga artikelurvalet fanns 12 artiklar med kvalitativ ansats och fyra med kvantitativ ansats. Ett större antal artiklar hade varit önskvärt för att stärka litteraturstudiens kvalitet. Författarna anser att mängden artiklar medför en negativ begränsning av studien.

Analysförfarandet var tidskrävande och försvårades, trots grundläggande kunskap i det engelska språket, av att författarnas modersmål inte var detsamma som språket i artiklarna. Under artikelgenomgången användes ett engelsk-svenskt lexikon (Nordstedts stora engelska ordbok, 2011) vilket underlättade översättningen.

Trots ansträngningar att översätta studierna korrekt kan misstag ha skett. I början av resultatskrivningen användes enbart huvudteman. Vid utformning av dessa uppkom svårigheter att hitta passande och täckande benämningar. Texten uppfattades även som svårläst. Därför tillsattes underrubriker för att strukturera texten på ett lämpligt sätt. På så vis kunde lämpliga formuleringar utformas vilka underlättade läsningen. I efterhand kan antas att resultatskrivningen skulle förenklats av att från början använda underrubriker.

De studier som valdes ut var till hälften utförda i Sverige och övriga åtta i Danmark, Storbritannien, Australien, USA och Kanada. Länderna är alla industrialiserade länder med en politisk uppbyggnad som liknar den i Sverige. Resultatet kan därför eventuellt avspegla förhållanden i de inkluderade länderna samt förmodligen även i andra industrialiserade länder. Vårdkulturen kan ändå skilja sig åt länderna emellan vilket läsaren bör ha i åtanke.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att livet för kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt förändras på olika sätt. Enligt Travelbee (1971) gjorde en förlust av kontroll över det dagliga livet att en identitetskris skapades och ett sökande efter en ny identitet påbörjades. Längtan efter en normalitet och en balans i det dagliga livet eftersträvades. Få kvinnor blev erbjudna att delta i kardiologiska rehabiliteringsprogram (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Sjöström-Strand et al., 2011). I den mellanmänniska process som Travelbee (1971) beskriver ska sjuksköterskan hjälpa individen att övervinna upplevelserna av sjukdomen och finna en mening i att de upplevelserna ägt rum. Rehabiliteringsprogrammen som en del av kvinnorna deltog i gav dem verktyg att anpassa sig till situationen med (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Wieslander et al., 2005). Här kan paralleller dras till Travelbees mellanmänniska process. Rehabiliteringsprogram bör enligt författarna därför alltid erbjudas kvinnor. Den allmänna eftervården där patienterna inte fått möjlighet att delta i sin hälsoprocess har enligt resultatet misslyckats med den mellanmänniska process som Travelbee (1971) förespråkar.

I en svensk studie utförd på både män och kvinnor hindrade patienternas trötthet dem från att delta i aktiviteter de tidigare uppskattat. Att hitta tillbaka till ett aktivt liv var centralt i återhämningsprocessen (Brink, Karlson & Hallberg, 2006). Resultatet är likvärdigt med det i studier som enbart inkluderat kvinnor (Johansson et al., 2003, Svedlund & Danielsson, 2004). Detta samtidigt som de var tvungna att avstå från aktiviteter för att kunna återhämta sig (Worrall-Carter et al. 2005). Ett cirkelresonemang uppstår vilket kan bidra till den oro och rädsla kvinnorna känner (White et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007, Svedlund & Danielson, 2004). Här anser författarna att sjuksköterskor har en viktig roll genom att bemöta kvinnornas rädsla och hjälpa dem att anpassa aktiviteterna till deras nya situation. Hjärtinfarkten medför enligt Kristofferzon et al. (2007) en oro för framtiden och en rädsla för att dö hos en patientgrupp bestående av både män och kvinnor. Liknande resultat ses i forskning utförd på enbart kvinnor (Sjöström-Strand, et al., 2011; White, Hunter et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007, Svedlund & Danielson, 2004). Rädsla för att drabbas av ytterligare en hjärtinfarkt var för vissa kvinnor förenat med tankar på närståendes börda (Svedlund & Danielson, 2004). Rädsla för döden var på så vis starkt sammankopplat med känslor av skuld. Andra kände skuld över att inte ha sökt medicinsk hjälp i ett tidigare skede (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003). Upplevelser av skuld ses således som individuellt formade.

Dessa känslor av skuld kan kopplas till Travelbees teori (1971) om individens lidande som en högst personlig upplevelse. Sjuksköterskans ansvar är att i enlighet med Travelbees teori (1971) bemöta och stödja de enskilda individerna och på så sätt tror författarna att dessa orosmoment kan bearbetas av patienterna själva. De kvinnor som fick delta i kardiologiska rehabiliteringsprogram anpassade sig bättre till den nya situationen (Sjöström-Strand et al., 2011; White et al., 2007). En studie av Jackson, Leclerc, Erskine, Linden (2005) visar att den starkaste prediktorn för kvinnor att delta i rehabiliteringsprogram är deras läkares tro på effektiviteten av dem. Genom att sprida kunskap hos sjuksköterkor och annan vårdpersonal kring deras positiva inverkan kan därför enligt författarna få fler kvinnor att delta i rehabiliteringsprogram och därmed få hjälp att anpassa sig till situationen.

I resultatet framgår att det förutom den professionella vården finns andra faktorer som påverkar kvinnornas förmåga att hantera situationen efter en hjärtinfarkt. Möjligheten att få tala om det upplevda ansågs som viktigt (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Johansson & Ekebergh, 2006) samtidigt som det då fanns risk för ett överdrivet analyserande av situationen (White, et al., 2007; Worrall-Carter et al., 2005). Hjälp med det praktiska uppskattades (Sjöström-Strand et al., 2011; Worrall-Carter et al., 2005) samtidigt som kvinnornas tidigare rollfunktion i hushållet inte gick att upprätthålla (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Svedlund & Danielson 2004). Kvinnorna upplevde överlag att närståendes närvaro medförde en känsla av välbefinnande (Kamm-Steigelman et al., 2006; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Sjöström-Strand et al., 2011). Däremot uppfattades ett överbeskyddande beteende från familj och kollegor vilket resulterade i en känsla av minskad autonomi (Wickholm & Fridlund, 2003; Svedlund & Danielson, 2004; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Worrall-Carter et al., 2005). Utifrån dessa reaktioner kan det utläsas ett behov hos kvinnorna av att hitta en balans mellan självständighet och stöd. Uppgifterna tolkar författarna som att sociala relationer kan minska risken för ångestrelaterade känslor om människor i kvinnornas omgivning har tillräcklig kunskap att bemöta dem på rätt sätt. Möjligen kan, enligt författarna, kunskap kring detta förmedlas till närstående genom informations- och utbildningsträffar för att på så sätt stärka patienternas känsla av autonomi samtidigt som närstående får möjlighet till reflektion och stöd. Även i relationen mellan patienten och sjuksköterskan krävs utifrån resultat av Johansson och Ekebergh, (2006) och Johansson et al. (2003) en balans för att patienten ska kunna delta i sin hälsoprocess utan att känna sig ensam och utlämnad i den.

Känslan av att känna sig ensam är enligt studier av Johansson och Ekebergh, (2006), Johansson et al. (2003) och Sjöström-Strand och Fridlund, (2007) vanligt hos kvinnorna. Ensamheten leder enligt studierna till negativa upplevelser. Att socialisera sig kan bidra till ett bättre mående (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002) och det fanns dessutom en vilja hos kvinnorna att träffa människor med liknande erfarenheter (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003 & Mendes et al., 2010). Författarna till föreliggande studie ser därför att sjukvården bör samordna gruppträffar för kvinnor som varit med om en hjärtinfarkt vilket skulle kunna bidra med en känsla av sammanhang och på så sätt minska känslan av ensamhet.

Kvinnornas hälsotillstånd innebar en funktionell begränsning som gav upphov till negativa känslor i det dagliga livet (Johansson et al. 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Johansson & Ekebergh, 2006; Sjöström-Strand et al., 2011; Worrall-Carter et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Mendes et al., 2010). Den begränsade fysiska förmågens relation till det dagliga livet stämmer väl överens med innehållet i Carnevalis modell (1999). Samspelet visar sig i resultatet genom att aktiviteter, omgivning och förväntningar är beroende av tillgången till resurser. Då inte kroppens resurser hanterar att utföra exempelvis hushållsarbete uppstår en frustration som påverkar det dagliga livet. Att lyckas förstå sin nya hälsosituation kräver enligt Doiron-Maillet & Meagher-Stewart (2003) utrymme att reflektera över det inträffade. I formandet av en ny identitet och livsstil behövs således tid. Att uppnå god hälsa i det dagliga livet efter en hjärtinfarkt går inte över en natt. Ifrågasättande sin tidigare livsföring var ett steg i en process enligt Sundler et al., (2009). Likaså att förändra relationen med kroppen (Johansson et al., 2003). Ett framgångsrikt identitetssökande kan enligt resultatet tolkas som förenligt med goda yttre resurser. Individuellt utformad eftervård, goda sociala nätverk, praktisk hjälp, någon att anförtro sig åt och möjlighet att behålla sin integritet skapade tillsammans, enligt författarna, goda förutsättningar för kvinnorna att försona sig med situationen och hitta nya vägar att leva sitt liv. Identitetsprocessen utmynnar på så vis i en nyfunnen uppskattning av livet. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser sig utifrån de funna resultaten ha svarat på studiens syfte.

Slutsats

Av betydelse för kvinnornas upplevelser att ett dagligt liv efter en hjärtinfarkt var den identitetskris som inträffade, närståendes beteende som både kunde inverka positivt och negativt samt förmågan att sedan anpassa sig till situationen. Slutsatsen var att sjuksköterskor kan hjälpa patienten att få ett gott dagligt liv. Detta kan ske genom att ge kvinnorna emotionellt stöd att anpassa sig till den nya livssituationen. De bör informeras om möjligheterna till att delta i rehabiliteringsprogram. Även närstående bör informeras till att stödja kvinnorna på lämpligt vis.

REFERENSER

*Artiklar som ingår i analysen

Ades, P.A. (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *The new England journal of medicine*, 345(12), 892-902

Anand, S.S., Islam, S., Rosengren, A., Franzosi, M.G., Steyn, K., Yusufali, A.H., Keltai, M., Diaz, R., Rangarajan, S., Yusuf, S. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European heart journal*, 29(7), 932-940

Anthonisen, N.R, Skeans, M.A., Wise, R.A., Manfreda. J., Kanner. RE., Connett, J.E. (2005). The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: A randomized clinical trial. *Annal of Internal Medicin.* 142(4),233-239

Bellamy, L., Casas J.P., Hingorani A.D., Williams, D.J. (2007). Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ Clinical research*, 335(7627), 974

Berg, A., Dencker, K. &, Skaarsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Björkelund, C., Bengtsson, C., Schenck-Gustafsson, K., Swahn, E. (2001). Management of cardiovascular diseases is characterized by male perspective. Women are subjected to incorrect management, diagnosis and treatment. *Läkartidning*, 98(30-31), 3314-3318

Brink, E., Karlson, B.W., Hallberg, L.R. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*. 53(4),403-11.

Brink, E., Karlson, B.W., Hallberg, L.R. (2002). To Be Stricken with Acute Myocardial Infarction: A Grounded Theory Study of Symptom Perception and Care-seeking Behaviour. *Journal of Health Psychology*,7(5),533-543

Bøg-Hansen, E., Larsson, C.A., Gullberg, B., Melander, A., Boström, K., Råstam, L., Lindblad, U. (2007). Predictors of acute myocardial infarction mortality in hypertensive patients treated in primary care: a population-based follow-up study in the Skaraborg Project. *Scandinavian journal of primary health*, 25(4),237-243

Carnevali, D. (1999). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB.

Chiuve, S.E., Rexrode, K.M., Spiegelman, D., Logroscino, G., Manson, J.E., Rimm, E, B. (2008). Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. *Circulation*, 118(9),947-954

Clark, A. (2003). "It's like an explosion in your life..." lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.

Cossette, S., Frasure-Smith, N., Dupuis, J., Juneau, M., Guertin, M.C. (2012). Randomized controlled trial of tailored nursing interventions to improve cardiac rehabilitation enrollment. *Nursing Research*. E-published online 2012 mars/april. Doi: 10.1097/NNR.0b013e318240dc6b

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlström, U., Johansson, L., Nyström, F. (2010). *Kardiovaskulär medicin*. Stockholm: Liber AB.

Danaei, G, Lawes, C.M., Vander-Hoorn, S., Murray, C.J., Ezzati, M. (2006). Global and regional mortality from ischaemic heart disease and stroke attributable to higher-than-optimum blood glucose concentration: comparative risk assessment. *Lancet*. 368(9548),1651-1659.

Davidson, P., Digiacomo, M., Zecchin, R., Clarke, M., Paul, G., Lamb K.,... Daly, J. (2008). A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease. *Journal of women's health*, 17(1),123-134

Denyes, M.J., Orem, D.E., Bekel, G., Soz.Wiss. (2001). *Nursing Science quarterly*, 14(1),48-54.

Dodson, J.A., Arnold, S.V., Reid, K.J., Gill, T.M., Rich, M.W., Masoudi, F.A., Spertus, J.A., Krumholz, H.M., Alexander, K.P. (2012). Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute Myocardial infarction: Patients' Health status registry. *American Heart Journal*, 163(5),790-796

*Doiron-Maillet.N., Meagher-Stewart.D.(2003). The uncertain journey: women's experiences following a myocardial infarction. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 13(2),14-23

Dueñas, M., Ramirez, C., Arana, R., Failde, I. (2011). Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *BMC kardiovaskular disorders*. E-published 27 may 2011. Doi: 10.1186/1471-2261-11-24

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade Medicinska Sjukdomar: Specifik omvårdnad, medicinsk behandling patofysiologi* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Fleury, J., Kimbrell, L.C., Kruszewski, M.A. (1995). Life after a cardiac event: women's experience in healing. *Heart & Lung: the Journal of Critical Care*, 24(6),474-482.

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

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

- Fridlund, B. (2002). The role of nurse cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1 15-18.
- Gallagher, R., McKinley, S., Dracup, K. (2003). Predictors of women's attendance at cardiac rehabilitation programs. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 18(3),121-126.
- Giannuzzi, P., Saner, H., Björnstad, H., Fioretti, P., Mendes, M., Cohen-Solal, A.,... Veress, G. (2003). Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Europe Heart journal*. 24(13),1273-1278
- Helgesson, G.(2006). *Forskningsetisk för medicinare och naturare*. Studentlitteratur: Lund
- Higginson, R. (2008). Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction. *British journal of nursing*, 17(1), 10-4
- Hildingh, C., Fridlund, B., Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 31(2),63-68
- Isaksson, R-M. (2011) Symptoms, prehospital delay and long-term survival in men vs. women with myocardial infarction, (Doktorsavhandling Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad). Hämtad från:
<http://umu.divaportal.org/smash/record.jsf;jsessionid=659322dca02029d2a2f3b29ae19d?parentRecord=diva2:401565&pid=diva2:404935>
- Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, Linden W. (2005). Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart British Cardiac Society*, 91(1),10-4
- Jensen, B.O., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51, 123-131.
- *Johansson, A., Dahlberg, K., Ekebergh., M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, 2(3), 229-236
- *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(1), 100–108
- Jones, I.D., Karapiperis, V., Bowman, L., Duggan, H., Jones, D., Johnson, M., Barrow, S. (2006). Does formal psychoeducational support influence anxiety and depression levels in cardiac patients and their relatives? A pilot study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26(3), 172-175

- *Kamm-Steigleman, L., Kimble, L.P., Dunbar, S., Sowell, R.L., Bairan, A. (2006). Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in mental health nursing*, 27(2), 141-159
- *Kerr, E.E., Fothergill-Bourbonnais, F. (2002). The recovery mosaic: older women's lived experiences after a myocardial infarction. *Heart & Lung: the journal of critical care*, 31(5), 355-367
- Kolovou, G., Giannakopoulou, V., Vasiliadis, Y., Bilianou, H. (2011). Effects of estrogens on atherogenesis. *Current vascular pharmacology*, 9(2), 244-257
- Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Perceived coping, social support and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung: the journal of critical care*, 34(1), 39-50
- Kristofferzon, M.L., 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(2), 391-401.
- Kullberg, M. (2001). Patientupplevd vårdkvalitet för kvinnor med hjärtinfarkt. (Avhandling) Göteborg Nordiska Hälsovårdshögskolan, institution för folkhälsvetenskap.
- Løvlien, M., Schei, B., Hole, T. (2006). Women with myocardial infarction are less likely than men to experience chest symptoms. *Scandinavian cardiovascular journal*, 40(6), 342-347
- *Mendes, B., Roux, G., Ridosh, M. (2010). Phenomenon of inner strength in women post-myocardial infarction. *Critical care nursing quarterly*, 33(3), 248-258
- Mehner, A., Lindblad, U., Råstam, L., Boström, K.B. (2008). Cholesterol in women at high cardiovascular risk is less successfully treated than in corresponding men. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 64(8):815-20
- Norstedts stora engelska ordbok: engelska-svenska svenska-engelska (Första upplagan)*. (2011). Stockholm: Norstedts.
- Parashar, S., Reid, K.J., Spertus, J.A., Shaw, L.J., Vaccarino, V. (2010). Early menopause predicts angina after myocardial infarction. *Menopause* (New York, N. Y.) 17(5), 938-945.
- Persson, J., Stagmo, M. (2008). *Perssons Kardiologi – Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- *Rankin, S.H., Fukuoka, Y. (2003). Predictors of quality of life in women 1 year after myocardial infarction. *Progress in cardiovascular nursing*, 18(1), 6-12

- Rees, K., & Ebrahim, S. (2002). Cardiac rehabilitation. *The new England journal of medicinal*, 346(5), 379-380
- Schenck-Gustafsson, K. (2011). *Kvinnohjärtan –hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- *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(1),10-7
- *Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 459-466
- Slopen, N., Glynn, R.J., Buring, J.E., Lewis, T.T., Williams, D.R., Albert, M.A. (2012). Job Strain, Job Insecurity, and Incident Cardiovascular Disease in the Women's Health Study: Results from a 10-Year Prospective Study. *Polos one*, E-publiserad 18 July 2012. Doi: 10.1371/journal.pone.0040512
- Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapport 2009. Hämtad 1 september 2012 från Socialstyrelsen: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/7_Overvikt.pdf
- Socialstyrelsen. (2010). Hjärtinfarkter 1987-2010. Hämtad 14 september 2012 från socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-36>
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 10 September från socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen. (2008). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården – Beslutsstöd. Hämtat den 11 oktober 2012 från socialstyrelsen: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8592/2008-102-7_20081028.pdf
- Socialstyrelsen. (2007). Sjukskrivning vid hypertoni. Hämtad 2 september 2012 från socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/hypertoni>
- *Sundler, A.J., Dahlberg, K., Ekenstam, C. (2009). The meaning of close relationships and sexuality: women's well-being following a myocardial infarction. *Qualitative health research*. 19(3), 375-387
- Sutherland, B & Jensen, L. (2000). Living with change: elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 10(5), 661-676

*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(4), 438-446

Schweikert, B., Hahmann, H., Leidl, R.,(2008). Development and first assessment of a questionnaire for health care utilization and costs for cardiac patients. *BMC health services research*, 19,(8),187

Tavani, A., Augustin, L., Bosetti, C., Giordano, L., Gallus, S., Jenkins, D.J.,Vecchia. C. (2004). Influence of selected lifestyle factors on risk of acute myocardial infarction in subjects with familial predisposition for the disease. *Preventive medicine*, 38(4),468-472

Towfighi, A., Zheng, L., Ovbiagele, B. (2009). Sex-specific trends in midlife coronary heart disease risk and prevalence. *Archive of Internal Medicine*, 169(19),1762-1766.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Co.

Tunstall-Pedoe, H., Vanuzzo, D., Hobbs, M., Mähönen, M., Cepaitis, Z., Kuulasmaa, K., Keil, U. (2000). Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lance*. 355(9205),688-700

Vickers, L.E., Taylor, J., Brady, A.J.B. (2003). Heart disease in older patients: myocardial infarction. *The British journal of Cardiologi*, 2 (10), 123–127.

von Känel, R. (2012). Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion. *Swiss medical weekly*. E- published 20 January 2012, doi:10.4414/smw.2012.13502

*Wieslander, I., Baigi, A., Turesson, C., Fridlund, B. (2005). Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation. *European journal of cardiovascular nursing*, 4(4),278-285

White, H.D & Chew, D.P. (2008). Acute myocardial infarction. *Lancet*, 16,372(9638), 570-584

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

*White, M.L., Groh, C.J. (2007). Depression and quality of life in women after a myocardial infarction. *Journal of cardiovascular nursing*, 22(2),138-144

*Wickholm, M., Fridlund, B. (2003). Women's health after a first myocardial infarction: a comprehensive perspective on recovery over a 4-year period. *European journal of cardiovascular nursing*, 2(1), 19-25

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Kultur och Natur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Winberg, B., Fridlund, B. (2002). Self-reported behavioural and medical changes in women after their first myocardial infarction: a 4-year comparison between participation and non-participation in a cardiac rehabilitation programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(2),101-107

Wit, M.A., Bos-Schaap, A.J., Hautvast, R.W., Heestermans, A.A., Umans, V.A. (2011). Nursing role to improve care to infarct patients and patients undergoing heart surgery: 10 years` experience. *Netherlands Heart Journal*, 20(1), 5–11

Wltodarczyk, D., Lazarewicz, M. (2010). Sources of social support and quality of life in cardiac patients. *Acta Neuropsychologica*. 8(3), 214-224

*Worrall-Carter, L., Jones, T., Driscoll, A. (2005). *Contemporary nurse*, 19(1-2), 211-221

Wyatt, P.A., Ratner, P.A. (2004). Evaluating treatment-seeking for acute myocardial infarction in women. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 14(1), 39-45

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438):937–52.

Zbierajewski-Eischeid, S.J., Loeb, S.J. (2009). Myocardial infarction in women: promoting symptom recognition, early diagnosis, and risk assessment. *Dimensions of critical care nursing*, 28 (1), 1-8.

Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avvsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Doiron- Maillet & Meagher- Stewart (2003) Canada	The uncertain journey: women's experiences following a myocardial infarction	Beskriva uppfattningar om stöd och utbildning under den tidiga återhämningsprocessen hos kvinnor efter en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer	n=8	Kvinnorna kände en stor osäkerhet i livet efter hjärtinfarkten.	K II
Johansson, Dahlberg & Ekebergh (2003) Sweden	Living with experiences following a myocardial infarction	Utforska kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt	Semistrukturerade intervjuer	n=8 (0)	Kvinnorna var mer medvetna om sina kroppar efter infarkten än före den vilket drabbade deras livsvärld. De led av en osäkerhet kring livet, döden och kroppen. Existensen karaktäriserades av en osäkerhet och förlorad kontext. Det är genom en försoning med kroppen och sjukdomen de kan uppnå en känsla av välbefinnande och harmoni i livet och på så återetablera en naturlig relation sina kroppar och livsvärldar.	K I
Johansson & Ekebergh (2006) Sweden	The meaning of well- being and participation in the process of health and care - women's experiences following a myocardial infarction	Undersöka kvinnors erfarenhet av vård och hälsoprocessen efter en hjärtinfarkt med fokus på deras erfarenheter av delaktighet och välbefinnande.	Semistrukturerade intervjuer	n=9 (1)	Deltagande och välmående beskrevs som en upplevelse av att vara involverade i sin egen hälsoprocess. Deltagande ses som en förutsättning för deras hälsa och liv och förbättrar kvinnornas upplevelse av välbefinnande. Samtidigt som de känner sig beroende av hälso- och sjukvården söker de autonomi och en ny balans i livet.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög, II = Medel, III = Låg.

Kamm-Steigelman Kimble, Dunbar, Sowell & Bairan (2006) USA	Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction.	Undersöka kvinnors psykiska hälsa efter en hjärtinfarkt samt att utforska faktorer som kan påverka på detta.	Frågeformulär	n=70 (11)	Kvinnorna uppgav en låg livskvalitet och en försämrad mental hälsa; 49 procent led av en depression.	P II
Kerr & Fothergill- Bourbonna is (2002) Canada	The recovery mosaic: older women's lived experiences after a myocardial infarction	Undersöka upplevelsen av återhämtning hos kvinnor 65 år och uppåt under den initiala perioden efter en akut hjärtinfarkt.	Narrativa intervjuer	n=7 (0)	Återhämtningen var högst kontextuell och de beskrev att de fick forma ett nytt liv efter hjärtinfarkten.	K I
Mendes, Roux, Ridosh (2010) USA	Phenomenon of inner strength in women post-myocardial infarction.	Undersöka vilka strategier kvinnor använder associerat till den inre styrkan efter en ballongvidgning av kranskärl.	Semistrukturerade intervjuer	n=12 (0)	Rädsla var det huvudsakliga psykosociala problemet för kvinnorna. De gick igenom en process för att övervinna rädslan som innefattade fem stadier. De bekräftade och utvecklade den inre styrkan hos dem vilket hjälpte dem att leva med en kronisk sjukdom	K 1

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög, II = Medel, III = Låg.

Rankin & Fukuoka (2003) USA	Predictors of quality of life in women 1 year after myocardial infarction.	Beskriva förändringar av livskvalitet och prediktorer för livskvalitet hos kvinnor efter en hjärtinfarkt.	Frågeformulär	n=75 (17)	Livskvaliteten ökade signifikant från tiden före hjärtinfarkten till ett år efter. Den största förbättringen sågs i familjelivet. Det sociala stödet och humöret var de enda prediktorerna för livskvalitet efter hjärtinfarkten.	K I
Sjöström-Strand, Fridlund (2007) Sweden	Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. Psycinfo	Undersöka och beskriva kvinnors upplevelse av stress före och efter en hjärtinfarkt	Öppna frågor	n=20 (6)	Stressen utgick från individernas personligheter eller som en effekt av deras omgivning. Perioden före hjärtinfarkten var stressande på grund av deras roll i privat- och arbetslivet. De förlorade kontrollen av det dagliga livet. Efter sjukhusvistelsen både ville och behövde de stöd då de var skräckslagna vid hemkomsten. Varken kvinnorna eller deras släktingar visste inte vad de var kapabla att göra och litet eller inget stöd erbjöds av sjukvården.	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög, II = Medel, III = Låg.

Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg (2011) Sweden	Woman experience of myocardial infarction; 5 years later	Utforska och beskriva hur kvinnor upplever sin hälsa och det dagliga livet 5 år efter en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer	n =14 (2)	Kvinnorna beskrev hur hjärtinfarkten orsakade begränsningar i livet fem år efter händelsen. De upplevde fysiska begränsningar, extrem trötthet och andra hälsoproblem. De oroade sig över att få en ny hjärtinfarkt. Vissa kvinnor kände tacksamhet över att ha fått en ny chans i livet.	K I
Sundler, Dahlberg & Ekenstam (2009) Sweden	The meaning of close relationships and sexuality: Women's well-being following a myocardial infarction	Undersöka vikten av nära relationer och sexualitet för hälsa och välmående efter en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer	n=10 (0)	Kvinnornas nära relationer var betydande för deras tillfrisknande. Relationen behövde inte vara intim för att vara värdefull för kvinnorna. Nära relationer som var dåliga var inte hälsofrämjande för dessa kvinnor.	K I
Svedlund & Danielson (2004) Sweden	Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction.	Belysa vikten av upplevelser i det dagliga livet hos kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt och deras partners.	Narrativa intervjuer	n=9	Parens liv var förändrade efter hjärtinfarkten. De tog hänsyn till varandra för att skydda partnern. Brist på verbal kommunikation och en känsla av ensamhet fanns hos paren.	K II
White, Groh (2007) USA	Depression and quality of life in women after a myocardial infarction	Beskriva sambandet mellan depression och livskvalitet hos kvinnor efter en första infarkt	Frågeformulär	n=27	I genomsnitt led kvinnorna av en mild till medelsvår depression. Depression hade en signifikant negativ korrelation med den mentala komponenten.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög, II = Medel, III = Låg.

White, Hunter & Holttum (2007) Denmark & UK	How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping	Undersöka kvinnors anpassning av uppfattningen om hjärtinfarkten och inverkan på relationer och använda copingstrategier.	Semistrukturerade intervjuer	n=5 (0)	Kvinnorna tenderade att förminska symtomen och inflytandet av hjärtinfarkten, vara optimistiskt inställda och hoppades att livet skulle återgå till det "normala". Det visade sig svårt att upprätthålla och upplevelsen gjorde att relationer och roller sattes på prov.	K I
Wickholm & Fridlund (2003) Sweden	Women's health after a first myocardial infarction: a comprehensive perspective on recovery over a 4-year period	Syftet med denna studie var att fastställa kvinnors självskattade hälsa efter en första MI ur ett övergripande perspektiv på återhämtning under en 4-årsperiod	Frågeformulär	n= 240 (86)	Kvinnornas beteendemönster avseende deras kostmedvetenhet, träning, simultankapacitet och rökning förbättrades, speciellt under det första året. Likaså skedde en bättring gällande emotionell status innefattande stressande livshändelser, nedstämdhet och förlorad kontroll. Gällande det sociala ansåg kvinnorna att vårdpersonalen förbättrade sitt stöd över tiden och tog deras bekymmer på allvar. Efter hjärtinfarkten kände kvinnorna sig kontrollerade på jobbet, speciellt under det första året.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög, II = Medel, III = Låg.

Wieslander , Baigi, Turesson, Fridlund (2005) Sweden	Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation.	Beskriva och jämföra förändringar i socialt stöd och nätverk under en 4-års period hos kvinnor som för första gången drabbats av hjärtinfarkt.	Frågeformulär	n=240 (87)	Kvinnor som deltagit i ett kardiologiskt rehabiliteringsprogram var huvudsakligen beroende av professionellt under första året efter hjärtinfarkten ($p<0.0001$), medan de som tackat nej till att delta behövde professionellt stöd under hela 4-årsperioden ($p=0.001$). Deltagandet berodde på kvinnornas ålder, med en överrepresentation av kvinnor under 60 år ($p=0.050$).	P 1
Worrall- Carter, Jones & Driscoll (2005) Australia	The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction	Utforska kvinnors erfarenheter och anpassning efter en första akut hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer	n=6 (0)	Kvinnorna använde olika copingstrategier för att hantera livet efter hjärtinfarkten.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög, II = Medel, III = Låg.