



Institutionen för hälsovetenskaper
Sjuksköterskeprogrammet
OM8310 Fördjupningsarbete i omvårdnad

15 högskolepoäng

Kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt – med fokus på livskvalitet En litteraturstudie

Datum: 08 01 18
Författare: Mia Pålsson
Josefin Wahlberg

Handledare: Anna Pålsson
Examinator: Inga-Britt Lindh

Kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt med fokus på livskvalitet

Författare: Mia Pålsson och Josefin Wahlberg

Handledare: Anna Pålsson

Litteraturstudie

Datum 08 01 18

Sammanfattning

Bakgrund: Att drabbas av en hjärtinfarkt är en hotfull och skrämmande upplevelse som kan påverka upplevelsen av livskvalitet för många kvinnor. Enligt Siri Naess definition av livskvalitet ska personen ha en grundstämning av glädje, självkänsla, samhörighet och vara aktiv för att uppleva en god livskvalitet. **Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt med fokus på livskvalitet. **Metod:** En allmän litteraturstudie genomfördes, vilken bygger på vetenskapliga artiklar framtagna genom databaserad litteratursökning. Dessa kvalitetsgranskades och en artikelöversikt sammanställdes. **Resultat:** Fyra huvudkategorier formulerades utifrån Siri Naess definition av livskvalitet: upplevelser relaterade till grundstämning av glädje, upplevelser relaterade till självkänsla, upplevelser relaterade till samhörighet och upplevelser relaterade till aktivitet. Kvinnornas upplevelser av livskvalitet påverkades efter hjärtinfarkten. De upptogs av existentiella tankar och känslor samt inverkade på deras grundstämning av glädje. **Slutsats:** Som sjuksköterska är det betydelsefullt att veta att kvinnorna är i behov av att samtala om sina existentiella tankar och känslor. Förutom det medicinska, livsstilsförändringar och rehabilitering så vore det önskvärt om sjuksköterskan gavs möjlighet att utgöra stöd inom alla områden som berör kvinnornas livskvalitet.

Nyckelord: Litteraturstudie, hjärtinfarkt, kvinnor, livskvalitet, upplevelse

Women's experience after a myocardial infarction with focus on quality of life

Author: Mia Pålsson and Josefin Wahlberg

Supervisor: Anna Pålsson

Literature review

Date 08 01 18

Abstract

Background: To suffer a myocardial infarction is a threatening and terrifying experience that can affect the experience of quality of life to many women. According to Siri Naess definition of quality of life the person shall have a basic mood of happiness, self-esteem, relating well to others and being active to experience a good quality of life. **Aim:** The aim of this study was to describe women's experiences after a myocardial infarction with focus on quality of life. **Method:** A general literature review is compiled, which construct on science articles found through data based literature search. These were quality reviewed and a article review was made. **Results:** Four head categories were formulated from Siri Naess definition of quality of life: experiences related to basic mood of happiness, experiences related to self-esteem, experiences related to relating well to others and experiences related to being active. The women's experiences of quality of life were affected after the myocardial infarction. They were filled with existential thoughts and feelings and that influenced on their basic mood of happiness. **Conclusion:** As a nurse is it significant to have knowledge about women's need to discuss about their existential thoughts and feelings. Except the medical part, lifestyle changes and rehabilitation it would be desirable if the nurse had the opportunity to be a support in all areas that affect the women's quality of life.

Keywords: Literature review, myocardial infarction, women, quality of life, experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	8
RESULTAT	9
UPPLEVELSER RELATERADE TILL GRUNDSTÄMNING AV	
GLÄDJE	9
UPPLEVELSER RELATERADE TILL SJÄLVKÄNSLA	11
UPPLEVELSER RELATERADE TILL SAMHÖRIGHET	12
UPPLEVELSER RELATERADE TILL AKTIVITET	14
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
SLUTSATS	22

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Bilaga 3 Artikelöversikt

BAKGRUND

Hjärtat associeras ofta med själva livet och med känslor som hat och kärlek. I många språkliga uttryck och i poesi återspeglas hjärtats speciella position t ex, ”mitt hjärta krossades” eller ”han har ett hjärta av sten” (Jahren Kristoffersson, 2005). En hjärtinfarkt förändrar livet drastiskt (Lidell, Fridlund & Segesten, 1998a). Första tiden efter en hjärtinfarkt är kvinnan sårbar, både fysiskt och psykiskt (Lundberg, 2000). Kvinnan måste kämpa, inte bara för att klara av en livslång sjukdom utan även en osäker framtid och detta påverkar hela hennes existens och livskvalitet (Svedlund, 2000; Lidell, Fridlund & Segesten, 1998a).

Det inträffar ungefär 40 000 akuta hjärtinfarkter per år i Sverige. Av alla som drabbas är 42 % kvinnor (Socialstyrelsen, 2005). Den vanligaste åldern för kvinnor att drabbas av hjärtinfarkt är i 60 – 70 års ålder (Svedlund, 2000). Kvinnor drabbas av hjärtinfarkt senare i livet än vad män gör p.g.a. östrogenets skyddande effekt innan menopausen. Hormonterapi med östrogen efter menopausen kan reducera risken att drabbas av en hjärtinfarkt. Åderförkalkning är den underliggande orsaken till hjärtinfarkt (Lundberg, 2000). En infarkt uppstår då ett aterosklerosiskt plack i ett koronarkärl lossnar och täpper till ett kärl i hjärtat. Det orsakar lokal syrebrist i myocardiet vilket leder till celldöd (Persson, 2003). De främsta riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar är rubbat lipidmönster och rökning. Även diabetes, hypertoni, ärftlighet, bukfetma, psykosociala faktorer, inaktivitet och stora mängder alkohol har en stor inverkan (Rosengren, 2005). Hos kvinnor är det svårare att ställa diagnosen än hos män, då kvinnor oftast inte har tydliga EKG förändringar och kvinnorna beskriver andra symtom än männen. Symtom som kvinnor oftare beskriver än män är smärta i nacke, rygg och käkar och illamående (Lundberg, 2000). Det vanligaste debutsymtomet är en ihållande central bröstsmärta som strålar upp i axlar och ut i vänster arm och även upp i hals och underkäke. Smärta, tryckkänsla, illamående, kräkningar och kallsvettighet är vanliga symtom i det akuta infarktskedet (Persson, 2003).

Diagnosen ställs genom vilo-bröstsmärta i 15 minuter, karakteristiska EKG förändringar och biokemiska aktörer (Praktisk medicin, 2005). Lundberg (2000) menar att kvinnor med hjärtinfarkt har sämre prognos än män p.g.a. olikheterna i symtomen. Detta leder till att kvinnorna kommer senare till sjukhuset och diagnosen tar längre tid att ställa. Det innebär att en del av hjärtmuskeln är utan syre under längre tid och skadan blir då mer omfattande om inte behandling ges snabbt.

Efter en hjärtinfarkt är det viktigt med rehabilitering för att öka den fysiska, psykiska och sociala hälsan. Rehabilitering kan förklaras som en process som börjar i det tidiga sjukdomsstadiet och fortsätter livet ut. Målet för rehabilitering efter hjärtinfarkt är normal fysisk aktivitet, normalt liv för övrigt, kunna hantera sin oro och tillvarata sociala resurser. Rehabiliteringen kan delas upp i tre faser där den första fasen är under vistelsen på sjukhuset. Fas två börjar efter sjukhusvistelsen och fortsätter tre till sex månader tills patienten kan behålla rekommenderade livsstilsförändringar. Fas tre fortsätter livet ut och innebär att reducera risken för hjärtinfarkt och att behålla hälsan (Lidell & Fridlund, 1996). I rehabiliteringen är emotionellt stöd viktigt både genom rehabiliteringsprogram och från sjukvårdspersonalen. Stödet innebär att kunna motivera patienterna att själva genom copingstrategier kunna genomgå de livsstilsförändringar som krävs för tillfrisknande. Varje patient behöver emotionellt stöd i sin sjukdomssituation och sjuksköterskan bör ha kunskap om patientens behov av stöd (Lidell, 1998). Sjuksköterskans roll är att uppmärksamma och möta patienters sjukdomsupplevelser. Även att tillgodose patienters basala och specifika omvårdnadsbehov såsom fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga är viktigt (Socialstyrelsen, 2005). ICN: s etiska kod för sjuksköterskor (2001) innebär att sjuksköterskan ska sträva efter att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande.

Det finns många definitioner av livskvalitet (Jahren Kristoffersson, 2005). Ett sätt att se på det är enligt psykologen Siri Naess som anser att en person har livskvalitet om denne har en grundstämning av glädje, självkänsla, samhörighet och är aktiv. Personen har en grundstämning av glädje om denne har en grundstämning av trygghet, harmoni och glädje. Personen känner lust och välmående av att livet är rikt och givande, har frånvaro av tomhetskänslor, nedstämdhet, obehag, smärta, oro, bekymmer, rädsla och rastlöshet. Personen har självkänsla om denne känner självsäkerhet och är säker på sina förmågor. En känsla av att vara duktig, nöjd med sina insatser, att acceptera sig själv, frånvaro av skuld och skamkänslor och att leva upp till sin egen standard. Personen har samhörighet då denne har goda förhållanden, har minst en nära och varm relation till en annan människa och har ett aktivt och givande sexualliv. Personen har även samhörighet om personen känner tillhörighet i en grupp t.ex. med vänner, grannar eller arbetskamrater. Personen är aktiv då denne har livslust, engagerar sig för saker utanför sig själv som upplevs som meningsfulla, har frihet att välja och upplever kontroll över sina handlingar. Dessa fyra områden täcker, enligt Naess, det väsentligaste av människans livskvalitet. Områdena är lika viktiga och det bör inte läggas större vikt på något specifikt område (Naess, 1979).

Att drabbas av en hjärtinfarkt är en hotfull och skrämmande upplevelse för många kvinnor (Lidell, Segesten & Fridlund, 1998b) och de kan uppleva att ha en ”mans sjukdom i en mans värld” (Svedlund, 2000 s. 12). I de flesta fall påverkas livskvaliteten efter en hjärtinfarkt (Falide & Soto, 2006). Kvinnors hälsa efter hjärtinfarkt har länge åsidosatts. Idag har det börjat uppmärksammas mer (Svedlund, 2000) men trots detta så behövs mer forskning inom området för att tillgodose kvinnornas specifika behov.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt med fokus på livskvalitet.

METOD

Design

En allmän litteraturstudie utifrån artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter gjordes för att få en ökad förståelse inom det valda ämnet.

Urval

Litteraturstudiens inklusionskriterier var kvalitativa artiklar för att få en djupare förståelse inom området. Artiklar publicerade mellan 1997-2007 som innefattar kvinnor över 30 år där artiklarna var originalartiklar och peer reviewed innefattades. Artiklar som har fått godkännande och tillstånd från etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden har gjorts ingick i studiens resultat. Exklusionskriterier var medicinska artiklar, kvantitativa artiklar, artiklar med låg kvalitet, studier på män, partners upplevelser och studier på både män och kvinnor.

Datansamling

De databaser som användes var PubMed, PsycInfo, ScienceDirekt och Medline eftersom de är omvårdnadsfokuserade. Huvudsökorden var: myocardial infarction and women. Undersökorden var: experience, "quality of life", stress, rehabilitation, qualitative study, daily life och feelings after. Sökorden användes ensamma och i kombination med varandra. De kombineras med hjälp av den booleska operatoren AND (Forsberg, Wengström, 2003), se bilaga 1. Artikelsökningen avslutades när inga nya artiklar kunde tillföras p.g.a. datamättnad.

Genomförande

I litteraturstudien granskades artiklarna enligt granskningsmallar från Stoltz och Willman (2002) för att få underlag att kunna värdera studiens kvalitet, se bilaga 2. Genom att använda procentberäkning av kvaliteten framkom det om artiklen var hög, medel eller låg. Varje tilldelat ja ger ett poäng och i granskningsmallen är den högsta poängen 14. Detta omvandlas till procentberäkning. 80-100 % är hög kvalitet, 60-79 % är medel och 0-59 % är låg. Tretton artiklar framkom genom

databassökningen. Fem stycken i PubMed, en i Medline och sju stycken i Pyskinfo. Efter läsning och granskning av artiklarna så exkluderades sex artiklar p.g.a. att de inte svarade mot syftet och resten var kvantitativa. Sju artiklar återstod för analys och en artikelöversikt gjordes, se bilaga 3.

Analys

I analysarbetet av artiklarna identifierades likheter och skillnader samt kategorier formulerades (Friberg, 2006). Det innebär att på ett systematiskt och stegvist sätt klassificera data för att lättare kunna identifiera mönster och kategorier, där målet var att beskriva specifika fenomen. Det innebär att avsnitt ur texterna plockades ut för kodning och formulering av kategorier (Forsberg & Wengström, 2003). Siri Naess användes för strukturering av huvudkategorier och underkategorier i resultatet. Huvudkategorierna är: upplevelser relaterade till grundstämning av glädje, upplevelser relaterade till självkänsla, upplevelser relaterade till samhörighet och upplevelser relaterade till aktivitet.

RESULTAT

UPPLEVELSER RELATERADE TILL GRUNDSTÄMNING AV GLÄDJE

Upplevelsen i samband med en hjärtinfarkt var överväldigande och kunde beskrivas som ett plötsligt stopp eller plötsligt uppvaknande (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Johansson & Ekebergh, 2006).

”I thought, pinch me, I am dreaming. I couldn’t believe it. I am 33 and thought this can’t be happening to me” (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003 s. 18).

Efter utskrivningen ökade rädslan och osäkerheten då de lämnade tryggheten på sjukhuset. Osäkerheten efter en hjärtinfarkt var svår att hantera och leva med (Johansson & Ekebergh, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Jackson, Daly, Davidson, Elliott, Cameron-Traub, Wade, Chin & Salamonson,

2000). Tiden efter hjärtinfarkten präglades också av rädsla, utmattning men hos en del även optimism inför framtiden (Jackson et al. 2000). Många av kvinnorna kände sig sårbara, förvirrade, ensamma och en del upplevde återhämningsprocessen som fruktansvärd (Arthur, Wright & Smith, 2001). Doiron-Maillet och Meagher-Stewart (2003) visade i sin studie att alla kvinnor kände oro och rädsla i varierande grad i vardagen (a.a.). Detta ledde till att kvinnorna inte vågade leva livet som förut och många hade tankar över framtiden angående livet och döden (Bowers & Buchanan, 2007). Den fysiska utmattningen som många kvinnor upplevde efter hjärtinfarkten ledde till nedstämdhet, depression och emotionella problem. Vid nattsömnen upplevde många kvinnor rädsla och tvivel, då den största oron var att inte vakna upp igen (Jackson et al. 2000). Bowers och Buchanan (2007) visade i sin studie att alla kvinnor kände negativa förändringar i humöret, en del hade mist sin framtidstro och vissa visade symtom på depression. Andra känslomässiga förluster som att ha mist hoppet och en stark känsla av sårbarhet är förekommande hos dessa kvinnor.

Jackson et al. (2000) menar att många kvinnor hade lite kunskap om hjärtinfarkten, vilket ledde till oro och många frågor om hur de skulle leva. Forskarna visade även på att när kvinnorna tänkte tillbaka på sjukhustiden så var många missnöjda över för lite information om hjärtinfarkten. Johansson och Ekebergh (2006) menar att kvinnorna tyckte att de fick mycket information men att de inte kunde ta den till sig. Däremot upplevde många kvinnor att de existentiella frågorna glömdes bort och att endast medicinska frågor diskuterades under sjukhustiden. Kvinnorna tyckte inte att de fick svar på alla sina frågor innan utskrivningen.

"They were friendly and nice, you feel like you are being looked after, but there was no one who talked to me" (Johansson & Ekebergh, 2006. s. 103).

Kvinnorna upplevde att stressen och sårbarheten ökade när de tänkte på skadorna på deras hjärta (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). Många var oroliga över sin hälsa efter att de drabbats av en hjärtinfarkt och det faktum att de har varit allvarligt sjuka (Jackson et al. 2000; Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). Många kvinnor sökte ofta sjukvård (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003) på grund av oron och rädslan av att drabbas av en andra hjärtinfarkt (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Bowers & Buchanan, 2007).

“I am scared I will have another heart attack, but if I don’t think about it, it might not happen. If you think about it constantly it could happen. You might have one because you talk yourself into it. It’s best not to think about it” (Jackson et al. 2000 s. 1409).

UPPLEVELSER RELATERADE TILL SJÄLVKÄNSLA

Under huvudkategorin upplevelser relaterade till självkänsla uppkom två underkategorier: skuld och acceptans.

Skuld

Några kvinnor kände skuld över att inte kunna komma tillbaka till jobbet eller hushållssysslorna tillräckligt snabbt. Vissa kände även skuld över att be om hjälp eller att inte kunna fullfölja uppgifterna hemma eller på jobbet. Skuldkänslorna var knutna till att vilja vara oberoende och tillräcklig som mamma och yrkeskvinna (Bowers & Buchanan, 2007). Många kvinnor frågade sig hur just de kunde drabbas och varför de inte sökt vård tidigare (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003).

Acceptans

Kvinnorna strävade efter balans i tillvaron, att skapa sig en ny självbild och att behålla kontrollen (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Johansson & Ekebergh, 2006). Bowers och Buchanan (2007) visade i sin studie att kvinnorna

reflekterade över sin livslånga behandling efter hjärtinfarkten och många gjorde ansträngningar för att återfå sin självkänsla. Studien visade även att alla kvinnorna började eller behövde börja uppmärksamma sina egna känslor och sitt välmående för att kunna hantera stressen som följer efter en hjärtinfarkt. Kvinnornas reflektion över sin situation fick dem att tänka efter vad som var viktigt i deras liv och att de behövde ha tro på att de kunde förändra sig själva och sina vanor. Vidare visade ovannämnda studie att många kvinnor upplevde att de inte vågade eller kunde leva livet fullt ut. De var rädda över att mista chanser och möjligheter i livet t.ex. om någon skulle vilja inleda en relation eller anställa dem nu när de var sjuka. Många kvinnor upplevde att de mist sitt självförtroende (a.a.). Kvinnorna försökte förstå sin egen existens, hur livet förändrats och meningen med sjukdomen men detta hade vissa kvinnor svårt för (Johansson & Ekebergh, 2006). En del yngre kvinnor hade förutfattade meningar om att det var äldre män som drabbades och inte kvinnor (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). De som accepterade situationen kunde hantera att leva med sjukdomen, ha framtidstro och njuta av livet. Acceptans ledde även till lugn, självsäkerhet och minskad stress (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). Det var viktigt att förstå sin situation så att hälsoprocessen blev meningsfull (Johansson & Ekebergh, 2006). De kvinnor som accepterade att de var tvungna att sluta röka blev fokuserade på detta och lyckades (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006).

UPPLEVELSER RELATERADE TILL SAMHÖRIGHET

Under huvudkategorin upplevelser relaterade till samhörighet uppkom två under kategorier: Samhörighet genom rehabiliteringsgrupper och samhörighet genom anhöriga.

Samhörighet genom rehabiliteringsgrupper

Att dela med sig av sina erfarenheter och tankar ledde till minskad stress, oro samt hjälpte dem att förstå och anpassa sig till sin situation bättre. Kvinnorna behövde distans och tid för reflektion och dessa reflektioner var en pågående process för att sjukdomsinsikt skulle infinna sig (Johansson & Ekebergh, 2006;

Arthur, Wright & Smith, 2001; Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). Vissa kvinnor behövde lära sig att sätta gränser i vardagen, ta mindre ansvar och våga be andra om hjälp för att lyckas bra i återhämtningsprocessen (Bowers & Buchanan, 2007). Att träffas i grupp samt möta andra i samma situation med samma problem för att dela tankar och känslor ansågs vara viktigt för kvinnornas återhämtning (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Bowers & Buchanan, 2007; Arthur, Wright & Smith, 2001).

“It was nice to have a place to go to share common feelings – somewhere that just dealt with issues common to women. I felt close to the women even though we only met once a month. I felt like I belonged. I also felt genuine concern from people who were really strangers when this all began” (Arthur, Wright & Smith, 2001 s. 24).

Samhörighet genom anhöriga

Att anhöriga och vänner fanns där och stöttade, upplevdes som mycket viktigt för kvinnorna (Jackson et al. 2000; Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Bowers & Buchanan, 2007). När kvinnorna umgicks med familj och vänner skingrades tankarna och de kunde slappna av och känna lugn. Kvinnorna upplevde att umgås med andra gav dem stöd att få styrka tillbaka och hjälp att kunna hantera stressen (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). En del kvinnor tog tillvara på stödet från familj och vänner, men vissa kvinnor tryckte undan sina känslor för att inte oroa sina familjemedlemmar och på så vis skydda dem (Arthur, Wright & Smith, 2001; Bowers & Buchanan, 2007). De kände även att deras identitet i familjen var kluven (Bowers & Buchanan, 2007). Många kvinnor upplevde att anhöriga hade svårt att förstå deras känslor (Arthur, Wright & Smith, 2001) och de tyckte att människor i omgivningen ändrade attityd mot dem (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007). Kvinnorna förstod att deras anhöriga var bekymrade (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003) men de kände sig överbeskyddade (Arthur, Wright & Smith, 2001; Fridlund & Sjöström-Strand, 2007) och övervakade hemma och på jobbet (Doiron-Maillet & Meagher-

Stewart, 2003). Detta upplevdes som stressande (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007).

” My son stayed with me last week, he wouldn't let me do a thing, no company, he wouldn't even let me talk on the phone. If someone did get through, it was only for five minutes. I just felt so helpless... I felt like a little child” (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003 s. 19).

Många kvinnor ignorerade sina egna behov och satte andras före. Balansen mellan att ge omsorg till sin familj samtidigt som de behövde tänka på sig själva var stressande och jobbigt. Denna utmaning var ett svårt och farligt dilemma för kvinnorna (Bowers & Buchanan, 2007).

UPPLEVELSER RELATERADE TILL AKTIVITET

Under huvudkategorin upplevelser relaterade till aktivitet uppkom tre underkategorier: Begränsningar, mista kontrollen och livsstilsförändringar.

Begränsningar

Vissa kvinnor förnekade att de blivit allvarligt sjuka och de trodde att de kunde komma hem och fungera som de gjorde innan hjärtinfarkten (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). Att komma tillbaka till sina vardagliga sysslor och deras normala liv upplevdes som viktigt för många kvinnor (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007; Johansson & Ekebergh, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). De strävade efter att må bra och ha samma funktion och ansvar i hemmet som tidigare (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007; Johansson & Ekebergh, 2006) men tron på att livet skulle vara som innan visade sig vara fel (Johansson & Ekebergh, 2006). Det var svårt för kvinnorna att återgå till det normala livet (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007) och det upplevdes som stressande att komma tillbaka till sin gamla roll (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). Efter hjärtinfarkten medföljde fysiska och psykiska begränsningar i det dagliga livet (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007; Johansson & Ekebergh, 2006). Kvinnorna upplevde

extrem trötthet (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007; Bowers & Buchanan, 2007) men även svaghet och bröstsmärtor i varierande grad (Bowers & Buchanan, 2007). Dagligen stötte kvinnorna på hinder och utmaningar (Johansson & Ekebergh, 2006). När de upptäckte att de inte hade samma styrka att fortsätta livet som innan hjärtinfarkten kändes livet meningslöst och det ledde till stress och oro (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007).

Mista kontrollen

Flera av studierna visade att känslan av att ha mist kontrollen fanns hos de flesta kvinnor efter hjärtinfarkten och detta upplevdes som överväldigande (Johansson & Ekebergh, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Bowers & Buchanan, 2007). Bowers och Buchanan (2007) visar i sin studie att mista kontrollen var det främsta och mest uppenbara temat i kvinnornas sjukdomsupplevelser och personliga berättelser (a.a.). Tidigare förmågor och färdigheter som togs för givet var borta och de kände nu osäkerhet i sin vardag. De upplevde att de inte kunde lita på att kroppen fungerade fullt ut i alla situationer. De strävade efter en existens, välmående och en hälsoprocess i harmoni med deras kroppar, men livet präglades av en existentiell osäkerhet och kvinnorna hade ingen kontroll över sin kropp och situation (Johansson & Ekebergh, 2006). Att mista kontrollen hade en stor påverkan på kvinnors hälsa och känsla av välbefinnande (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003) och en del beskrev känslan som dramatisk och stressfull (Bowers & Buchanan, 2007). De upplevde att de mist sitt självbestämmande över sin hälsa och välmående (Johansson & Ekebergh, 2006).

“I was very cautious, didn’t take any big steps or run down the stairs, but walked. I really gave a lot of thought to whatever I did so that I didn’t tax myself in any way or exert myself; scared to death in other words”. (Johansson & Ekebergh, 2006 s. 103).

Livsstilsförändringar

Kvinnorna förväntades att genomgå livsstilsförändringar och anpassningar men detta upplevdes var någonting överväldigande som de kände sig osäkra och stressade inför (Jackson et al. 2000; Johansson & Ekebergh, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Bowers & Buchanan, 2007).

”After discharge from hospital, I stayed at home for a month. I needed to think and reflect over the lifestyle changes. I needed to think over the fact that I had suffered a myocardial infarction, and why it should have happened to me?” (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006 s. 8).

De visste inte varifrån de kunde få stöd, hur de skulle forma sitt nya liv och påverka sin egen hälsoprocess och de kände sig beroende av sjukvårdspersonalens kunskap (Johansson & Ekebergh, 2006). Kvinnorna beskrev hur de behövde kämpa för att klara av förändringar i livet och för att överleva (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Bowers & Buchanan, 2007). De visste att de behövde förändra sig p.g.a. att de utsatte sig för stora risker om de fortsatte leva som förut (Bowers & Buchanan, 2007). De upplevde att de inte kunde äta som de ville längre (Jackson et al. 2000). Kvinnorna upplevde även att de var tvungna att sluta röka men detta resulterade i viktuppgång vilket inte var bra och detta påverkade kvinnornas livskvalitet negativt (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007). Vissa var mer motiverande än andra att ta hand om sig själva efter sjukdomen och de tyckte att det var viktigt att förbättra både det fysiska och psykiska välmåendet (Bowers & Buchanan, 2007). Kvinnorna gjorde ansträngningar för att förändra sig och efter en tid hade de flesta skapat sig en hälsosammare kosthållning, börjat träna och slutat röka. Genom aktivitet kände kvinnorna att de började få tillbaka samma funktion som tidigare och blev starkare, lärde känna sitt nya jag och sin nya kropp (Jackson et al. 2000; Johansson & Ekebergh, 2006; Bowers & Buchanan, 2007). Kvinnorna var väl medvetna om stressens effekt och påverkan och skapade därför planer på hur de skulle undvika stressfyllda situationer och hantera osäkerheten

genom att göra realistiska prioriteringar (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). De upplevde att det var viktigt att lyssna på sin kropp, att åter få bestämma över den och att börja lita på den igen (Johansson & Ekebergh, 2006; Bowers & Buchanan, 2007). Jackson et al. (2000) menar att efterhand som tiden går och kvinnorna vågade vara mer aktiva kände kvinnorna sig bättre, starkare och säkrare.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt med fokus på livskvaliteten. Syftet ändrades under arbetet för att slutligen innefatta endast kvinnor. Utav heart attack, cardiac infarction och myocardial infarction valdes myocardial infarction till huvudsökord då det framkom flest träffar på detta när vi testsökte. Relevanta artiklar kan ha uteslutits eftersom de andra två orden inte användes. I början användes ”quality of life” i de flesta sökningarna men detta visade sig endast ge kvantitativa artiklar. Qualitative study lades till för att få träffar med högre relevans till vårt syfte. Artiklarnas innehåll var ibland svårt att avgöra genom att endast läsa titeln och abstractet, vilket gjordes vid den allmänna litteratursökningen och därför kan relevanta artiklar av misstag ha uteslutits. Databassökningen resulterade i artiklar från USA, Canada, Australien och Sverige. Det framkom inte någon generell skillnad om kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt mellan USA, Canada, Australien eller Sverige i artiklarna. Den äldsta artikeln i denna litteraturstudie är från år 2000 och den nyaste från 2007. De databaserna som valdes ansågs relevanta för syftet (Forsberg & Wengström, 2003). Då databaserna var uppbyggda på olika sätt var det svårt att vara helt konsekvent i sökningen eftersom det inte gick att avgränsa med årtal, kön, språk, land m.m. i alla databaser. Tretton artiklar granskades och sju artiklar ingick slutligen i resultatet. Författarna till denna litteraturstudie är medvetna om att detta är få artiklar men dessa återstod efter kvalitetsgranskningen samt exkluderingen av kvantitativa artiklar. Artiklarna granskades med hjälp av

en granskningsmall och analyserades för att få en djupare förståelse för texterna. Enligt Friberg (2006) är det bra med kvalitativa artiklar för att få en djupare förståelse för fenomenet vilket har valts av författarna till denna litteraturstudie. För att undvika feltolkningar lästes alla artiklar först var för sig sedan diskuterades artiklarna tillsammans. Tillsammans plockades avsnitt från texterna ut och kategorier skapades. Vid analysen framkom först kategorier utan Siri Naess i åtanke. Efter omarbetning och läsning av resultatet upptäckte författarna till denna uppsats att Naess fyra kategorier om livskvalitet passade bra in i resultatet och resultatdiskussionen. Därefter utgick författarna efter Siri Naess definition av livskvalitet vid formulering av huvudkategorier och underkategorier. Siri Naess definition av livskvalitet valdes till denna litteraturstudie därför att hennes syn på livskvalitet har en vid infallsvinkel, är relevant och omfattar hela människans sociala, psykiska och fysiska delar. Siri Naess valdes även därför författarnas förförståelse om kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt var att sträva efter att få tillbaka sin positiva livskvalitet som de upplevde innan hjärtinfarkten. Alla artiklar som ingick undersökte kvinnornas upplevelser allt från en vecka efter hjärtinfarkten upp till tio månader efter. Citat har använts för att styrka resultatet.

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt med fokus på livskvaliten. Om kvinnorna upplever livskvalitet ska de enligt Siri Naess (1979) känna att de har en grundstämning av glädje, självkänsla, samhörighet och att de är aktiva.

Grundstämning av glädje

Kvinnornas grundstämning av glädje var sänkt. Det visade sig att många av kvinnorna upplevde rädsla (Jackson et al. 2000), sårbarhet, förvirring, ensamhet (Arthur, Wright & Smith, 2001), oro (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003), meningslöshet (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007), mist sin framtidstro och hoppet och en del visade symtom på depression (Bowers & Buchanan, 2007). Många kvinnor kände oro och rädsla av att drabbas av en andra hjärtinfarkt (Fridlund & Sjöström-Strand, 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Doiron-

Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Bowers & Buchanan, 2007). Vissa kvinnor kände trots detta optimism inför framtiden (Jackson et al. 2000). Författarna till denna uppsats anser att tiden efter hjärtinfarkt verkar präglas av många negativa tankar om sig själva och om livet. Att vara rädd för att få en andra hjärtinfarkt är förståeligt och sjuksköterskan bör informera kvinnorna om risker och symtom. För vissa kvinnor var hjärtinfarkten ett uppvaknande och de började tänka efter var som var viktigt i livet. Idag lever många ett stressat och intensivt liv och glömmer bort de små sakerna i livet som faktiskt är mycket viktiga och många har svårt för att leva här och nu. Det är viktigt att man åter finner glädjen i livet och tar tillvara även på vardagslyckan. Som sjuksköterska är det viktigt att uppmärksamma kvinnor som har en sänkt grundsämning av glädje och ta sig tid att lyssna på deras tankar och känslor. Utifrån resultatet har kvinnorna en bit kvar innan de kan känna en god livskvalitet inom detta område. Författarna blev förvånade att resultatet visade på att många av kvinnorna kände stor oro, rädsla och förtvivlan lång tid efter hjärtinfarkten. Många kvinnor upplevde att de existentiella frågorna glömdes bort och att fokus lades på det medicinska (Johansson & Ekebergh, 2006). Kvinnorna hade stora behov av att få prata ut om sina existentiella tankar. Dessa frågor och tankar var viktiga att bearbeta för att uppleva en god livskvalitet.

Självkänsla

Självkänslan var viktig för kvinnans identitet och återhämtningsprocess. Resultatet visade att kvinnor hade bristande tro på sina förmågor och många hade även mist sitt självförtroende första tiden efter hjärtinfarkten. Några kvinnor kände skuld över att de inte kom tillbaka till jobbet eller hushållssysslorna tillräckligt snabbt. De kände även skuld över att inte kunna fullfölja uppgifterna hemma och att de behövde be om hjälp (Bowers & Buchanan, 2007). De kvinnor som accepterade sin situation kunde hantera att leva med sjukdomen, ha framtidstro, njuta av livet och återfå sin självsäkerhet (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). Författarna till denna uppsats anser att det är viktigt att självkänslan byggs upp igen efter en hjärtinfarkt då kvinnorna ofta tvivlar på sig själva. Det är viktigt att kunna slappna av för att tillfriskna. Kvinnorna ska inte

behöva känna någon skuld över att de är sjuka och behöver vila. Som sjuksköterska är det viktigt att uppmuntra och stödja kvinnorna att våga ta tid för sig själv och få dem att acceptera sin situation. Beröm från sjukvårdspersonalen och familjen är viktigt för att de ska känna ork att fortsätta kämpa med sin självkänsla. Första tiden efter hjärtinfarkten är självkänslan ostabil men författarna anser att utifrån resultatet byggs självkänslan åter upp igen och de blir bättre och bättre. Reflektioner över sin situation fick kvinnan att tänka efter vad som var viktigt i livet och många började uppmärksamma sina egna känslor och sitt välmående (Bowers & Buchanan, 2007). De kvinnor som kan acceptera sin situation återfår sin självkänsla och livskvalitet.

Samhörighet

Samhörighet hade stor betydelse för kvinnorna och många kvinnor upplevde att familjen var väldigt viktig (Jackson et al. 2000; Sjöström-Strand & Fridlund, 2006; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Bowers & Buchanan, 2007). Att umgås med familjen fick kvinnorna att slappna och känna lugn då tankarna skingrades. Resultatet visade även att många upplevde att deras identitet i familjen var kluven (Bowers & Buchanan, 2007) och de kände sig överbeskyddade (Arthur, Wright & Smith, 2001; Fridlund & Sjöström-Strand, 2007). Författarna till denna uppsats menar att det är viktigt att kvinnorna får stöd från familjen. Då resultatet visade på att vissa kvinnor inte kunde ta till sig stöd från familjen är det viktigt att som sjuksköterska få in anhöriga i rehabiliteringsprocessen. Att familjen får ta del av relevant information är viktigt för att kunna stötta och förstå kvinnans situation bättre. Att träffas i grupp och prata med andra i samma situation upplevdes som väldigt bra och var en utmärkt strategi i återhämtningsprocessen (Sjöström-Strand & Fridlund, 2006). Författarna till denna uppsats anser att samhörighet med rehabiliteringsgrupper är väldigt viktigt för att återhämtningen ska bli effektiv. Det är bra att få stöd från sin familj men även att få prata med utomstående då det framkom i resultatet att vissa kvinnor tryckte undan sina känslor för att inte besvära sina familjemedlemmar (Arthur, Wright & Smith, 2001; Bowers & Buchanan, 2007). Det är viktigt att

sjukhusen har anpassade rehabiliteringsprogram för alla så att kvinnan kan uppleva samhörighet. Författarna anser att livskvaliteten ökar om kvinnorna har människor omkring sig som de bryr sig om och trivs med. De kvinnor som tar tillvara på familjens och utomståendes resurser upplever god livskvalitet vid detta område. Anmärkingsvärt är att kvinnornas sexliv inte togs upp i någon av artiklarna. Författarna håller med Siri Naess (1979) att det är viktigt med ett givande sexualliv för de kvinnor som orkar och har lust. Det är viktigt att som sjuksköterska våga ställa frågor och diskutera även detta ämne. En anledning kan vara att det fortfarande är tabubelagt för många äldre kvinnor att prata om sex. Författarna till denna uppsats anser att detta är något som troligtvis kommer att förändras då det idag är ett relativt öppet samtalsämne hos den yngre generationen.

Aktivitet

En tid efter hjärtinfarkten hade de flesta kvinnorna börjat träna och genom aktivitet kände de att de började få tillbaka samma funktion som tidigare och att de blev starkare (Jackson et al. 2000; Johansson & Ekebergh, 2006; Bowers & Buchanan, 2007). Författarna till denna uppsats håller med Siri Naess om vikten av att aktivera sig både fysiskt och psykiskt för att kunna känna god livskvalitet. Direkt efter hjärtinfarkten vågade många inte aktivera sig (Bowers & Buchanan, 2007) men aktivitet är viktigt för att lära känna sin kropp. Enligt Siri Naess (1979) innebär aktivitet även att det är viktigt att ha frihet att välja i sitt liv och uppleva kontroll. Efterhand som tiden gick fick de mer kontroll över sin situation och vågade aktivera sig mer. Författarna till denna uppsats menar att det är viktigt att få ta del i sin egen återhämtningsprocess. Det är positivt om kvinnorna kan känna livslust och engagera sig i någonting utanför sig själv t.ex. i en förening. Resultatet visade att de flesta kvinnorna aktiverade sig och upplevde livskvalitet inom detta område.

Sammanfattning av resultatdiskussionen

Enligt Siri Naess (1979) bör kvinnan ha alla fyra kriterierna för att känna livskvalitet och alla områdena är lika viktiga. Författarna anser att det är viktigt att sjuksköterskan stöttar och ger kvinnorna hjälp med dessa fyra punkter så återhämtningsprocessen kan bli så god som möjligt. Kvinnorna i resultatet återfår efterhand sin självkänsla. Många av kvinnorna upplever samhörighet och de flesta jobbar på att utveckla sin aktivitet. Dessa tre områden verkar kvinnorna hantera bra. Däremot verkar det vara svårare för kvinnorna att ha en god grundstämning av glädje efter hjärtinfarkten och det tar tid innan de flesta kvinnorna kan uppleva positiva känslor igen. Det är viktigt att kunna känna glädje för att få en god livskvalitet. Är kvinnan rädd och känner oro så vågar hon inte aktivera sig och detta påverkar självkänslan. En rubbad självkänsla gör det svårt att känna samhörighet med familj och vänner. Det märks tydligt att alla fyra punkter är lika viktiga och om en punkt rubbas påverkar det de andra punkterna och detta blir en ond negativ spiral.

SLUTSATS

Utifrån resultatet har det framkommit att kvinnorna har sänkt grundstämning av glädje. Existentiella tankar och frågor glöms ofta bort inom vården och dessa är viktiga att uppmärksamma. Sjuksköterskans roll är att vårda hela kvinnan och fokus bör inte endast läggas på rehabilitering, livsstilsförändringar och det medicinska. Sjuksköterskor borde få mer tid till att fokusera på kvinnornas känslor och tankar. Detta är viktigt att tillgodose för att bygga upp en god livskvalitet och en god återhämtningsprocess. Sjuksköterskan bör även ha kvinnans sexualitet i åtanke och våga diskutera detta ämne, som inte togs upp i någon av artiklarna. Fortsatt forskning behövs där kvinnors upplevelser av livskvalitet mer än ett år efter infarkten belyses och även kvinnornas upplevelser av sjukvårdspersonalens stöd efter en hjärtinfarkt.

REFERENSER

* Arthur, H. Wright, D. Smith, K. (2001). Women and heart disease: the treatment may end but the suffering continues. *Canadian journal of nursing research*. Vol 33, ss 17-29.

* Bowers, M. Buchanan, M. (2007). A group- based program of emotional recovery for younger women following myocardial infarction. *Canadian journal of counselling*. Vol 41, ss 77-90.

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

Falide, I. Soto, M. (2006). Changes in health related quality of life 3 month after an acute coronary syndrome. *BMC Public health*. Vol 6:18.

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

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

* Fridlund, B. Sjöström-Strand, A. (2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian journal of caring science*. Vol 21, ss 10-17.

Hjärtinfarkter 1987-2002 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2003 (2005). [Elektronisk] Socialstyrelsen. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se [läst 2007-09-13].

International Council of Nurses. (2001) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

* Jackson, D. Daly, J. Davidson, P. Elliott, D. Cameron-Traub, E. Wade, V. Chin, C. Salamonsen, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction: a feminist qualitative study. *Journal of advanced nursing*. Vol 32, ss 1403-1411.

Jahren Kristoffersen, N. (red). (2005). *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber.

* 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*. Vol 1, ss 100-108.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005). [Elektronisk] Socialstyrelsen. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se [2007-09-17].

Lidell, E. (1998). *Comprehensive Rehabilitation of Patients with Myocardial Infarction- A Follow-up Study with Special Reference to Emotional Factors*. Finland.

Lidell, E. Fridlund, B. (1996). Long-term Effects of a Comprehensive Rehabilitation Programme after Myocardial Infarction. *Scand J Caring Sci*, vol. 10, ss 67-74.

Lidell, E. Fridlund, B. Segesten, K. (1998a). Vulnerability factors from a pre- and post-myocardial infarction perspective: a qualitative analysis. *Coronary health care*, vol 2, ss 72-80.

Lidell, E. Fridlund, B. Segesten, K. (1998b). Myocardial infarction patients anxiety along the life span and interrelationship with self-concept. *Vård i Norden*, vol 18, ss 67-71.

Lundberg, V. (2000). Women versus Men with Myocardial infarction. Umeå Universitet.

Naess, S. (1979). Livskvalitet. Om å ha det godt i byen og på landet. *INAS-rapport*, vol 2.

Persson, S (2003). Kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna. Lund; studentlitteratur.

Praktisk Medicin. (2005). Hjärt-kärlsjukdomar. *Three Doctors Förlag*.

Rosengren, A. (2005). Orsaker till hjärtinfarkt - Vad har interheart lärt oss? *Incitament*, vol. 4, ss. 266-268.

* Sjöström-Strand, A. Fridlund, B. (2006). Women's descriptions of coping with stress at the time of and after a MI: a phenomenographic analysis. *Canadian journal of cardiovascular nursing*. Vol 16, ss 5-12.

Stoltz, P. Willman, A. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Svedlund, M (2000). *Women with acute myocardial infarction – Meaning of lived experiences, narrated by patients, partners and nurses*. Umeå Universitet.

* Artiklar som ingår i resultatet

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Huvud sökord	Under sökord	Antal sökträffar i databas	Avgränsningar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
PsykInfo 8/11	Myocardial infarction and women		4060		För stort antal	0
	Myocardial infarction and women	And feelings after	0	Last 10 year, female, English. Adults		0
	Myocardial infarction and women	And daily life	3	Last 10 year, female, English. Adults	2 svarade ej mot syftet	1
	Myocardial infarction and women	And experience	20	Last 10 year, female, English. Adults	18 svarade ej mot syftet	2
	Myocardial infarction and women	And quality of life	13	Last 10 year, female, English. Adults	12 svarade ej mot syftet	1
Pubmed 8/11	Myocardial infarction and women		63165		För stort antal	0
	Myocardial infarction and women	And quality of life	718	Last 10 year, female, English. Adults	För stort antal	0
	Myocardial infarction and women	And experience	28	Last 10 year, female, English. Adults	Svarade ej mot syftet	0
	Myocardial infarction and women	And quality of life And daily life	51	Last 10 year, female, English. Adults	5 medicinska 44 svarade ej mot syftet	2
Pubmed 8/11	Myocardial infarction and women	And quality of life And feelings after	27	Last 10 year, female, English. Adults	Svarade ej mot syftet	0
	Myocardial infarction and women	And rehabilitation	560	Last 10 year, female, English. Adults	För stort antal	0
	Myocardial infarction and women	And stress	1329	Last 10 year, female, English. Adults	För stort antal	0

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Huvud sökord	Under sökord	Antal sökträffar i databas	Avgränsningar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
Medline 8/11	Myocardial infarction and women		6866		För stort antal	0
	Myocardial infarction and women	Quality of life	10		9 svarade ej mot syftet	1
	Myocardial infarction and women	experience	16		16 svarade ej mot syftet	0
Psychinfo 8/11	Myocardial infarction and women	rehabilitation	21	Last 10 year, female, English. Adults	18 svarade ej mot syftet 2 återkommande	1
	Myocardial infarction and women	stress	33	Last 10 year, female, English. Adults	31 svarade ej mot syftet	2
ScienceDirect 9/11	Myocardial infarction and women	experience	128		Svarade ej mot syftet 1 återkommande	0
	Myocardial infarction and women	Daily life	10		Svarade ej mot syftet	0
ScienceDirect 9/11	Myocardial infarction and women		1979		För stort antal	0
	Myocardial infarction and women	And quality of life	39		38 svarade ej mot syftet, 1 återkommande	0
	Myocardial infarction and women	And stress	154		Svarade ej mot syftet. 2 återkommande	0
Medline 13/11	Myocardial infarction and women	And qualitative study	7		2 återkommande 5 svarade ej mot syftet	0
PsykInfo 13/11	Myocardial infarction and women		14	Last 10 year, female, English. Adults. Qualitative study	2 återkommande 12 svarade ej mot syftet	0

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ejEtiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej- Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej- Råder analys mätnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ejGenereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?

Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

 Hög Medel Låg**Kommentar**

.....

.....

Granskare (sign).....

Granskningsschema hämtat från Willman och Stoltz, 2002.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Fridlund, B. Sjöström-Strand, A. Sverige 2007	Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis	Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av stress före och efter en hjärtinfarkt	Strategiskt urval. 20 kvinnor deltog varav 14 fullföljde andra intervjun.	Kvalitativ fenomenologisk studie. Muntlig och skriftlig information gavs till patienterna innan intervjun. En pilotstudie gjordes innan. Första intervjun på sjukhuset och andra intervjun 4, 6 eller 10 mån efter utskrivning i hemmet eller på sjukhuset. Intervjuerna bandades och skrevs ner. Godkänd av etisk kommitté.	Kvinnorna upplever trötthet, oro samt svårigheter med livsstilsförändringar	Hög Metod utförligt beskriven. Analysen exakt beskriven. Resultatet svarar mot syftet. Diskussionen är självkritisk och kopplar väl till resultatet.
Jackson, D. Daly, J. Davidson, P. Elliott, D. Cameron-Traub, E. Wade, V. Chin, C. Salamonson, Y. Australien 2000	Women recovering from first-time myocardial infarction: a feminist qualitative study	Syftet är att förklara upplevelsen av återhämtning hos kvinnor med en första hjärtinfarkt.	Sjuksköterskor valde ut 10 st deltagare, 42-77 år.	Semistrukturerade intervjuer, 45-60 min vardera. 7, 14 och 21 dagar efter utskrivning. Exploratory descriptive design. Intervjuerna bandades och skrevs ner. Godkänd av etisk kommitté.	Många tankar, känslor som oro och rädsla första veckan efter hjärtinfarkt. Blev på alla plan bättre med tiden.	Hög Metod utförligt beskriven. Resultatet svarar mot syftet. Diskussionen är självkritisk och kopplar väl till resultatet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Bowers, M. Buchanan, M. Canada 2007	A group-based program of emotional recovery for younger women following myocardial infarction.	Syftet var att undersöka hur kvinnor under 55 år upplever tillfrisknande efter en hjärtinfarkt.	Fem stycken kvinnor från hjärtavdelning och en frivillig utifrån. Varje kvinna blev intervjuad personligen och via telefon och valdes sedan in i studien. Under tre månader så träffades dom i grupp sex gånger, två timmar per tillfälle.	Guided Autobiography (Semistrukturerad) Tematisk analys. Under tre månader så träffades dom i grupp sex gånger, två timmar per tillfälle. Godkänd av etisk kommitté.	De kom fram till sex teman: Upplevelse av förlust, att leva med osäkerhet, ändringar i självkänslan, personliga behov, stöd och att ta hand om andra.	Medel Resultatet svarar mot syftet. Bristande diskussion.
Sjöström-Strand, A. Fridlund, B. Sverige 2006	Women's descriptions of coping with stress at the time of and after a MI: a phenomenographic analysis	Syftet var att beskriva och undersöka hur kvinnorna hanterade stress när de fick en hjärtinfarkt och efter	Strategiskt urval ledde fram till 20 kvinnor som intervjuades 2-3 dagar efter hjärtinfarkten. 14 kvinnor deltog i den andra intervjun 4, 6 eller 10 månader efter hjärtinfarkten.	En pilotintervju genomfördes. Varje intervju med deltagare tog en timme. En beskrivande, fenomenologisk kvalitativ design gjordes. Intervjuerna blev inspelade på band. Texterna lästes flera gånger för att identifiera kvinnornas coping strategier och även hitta likheter och skillnader. Utifrån detta formades kategorier. Godkänd av etisk kommitté.	Kvinnorna använde sig av reflektion, planerande och accepterande. Att prata med någon man litar på, att slappna av, att dela sina erfarenheter och att bli bekräftad är viktigt.	Hög Metod utförligt beskriven. Resultatet svarar mot syftet. Diskussionen är självkritisk och kopplar väl till resultatet, väckte nya frågor till vidare forskning.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsm etod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Arthur, H. Wright, D. Smith, K. USA 2001	Women and heart disease: the treatment may end but the suffering continues	Syftet var att skapa och genomföra ett rehabiliteringsprogram för kvinnor med hjärtsjukdom	Systematiskt urval. Två grupper bildades med tio kvinnor i varje grupp (46-76år). 16 kvinnor fullföljde studien.	Kvinnorna skrev själva dagbok och grupperna hade möten en gång/mån x 2 h i fem och diskuterade sina tankar och upplevelser. Godkänd av etisk kommitté. Participatory action research.	Att leva med stessen av att ha en hjärtsjukdom. Kvinnor känner sig ensamma, sårbara och förvirrade. De kände att det hjälpte mer att prata med personer i samma situation än att prata med familjemedlemmarna.	Medel Metod utförligt beskriven. Resultatet svarar mot syftet, teorin genereras i resultatet. Bristande diskussion.
Doiron-Maillet, N. Meagher-Stewart, D. USA 2003	The uncertain journey: women's experiences following a myocardial infarction	Syftet var att förklara kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.	Strategiskt urval. 8 kvinnor (33-61 år) intervjuades två gånger.	Analyserades metodiskt och teman framträdde. Analysen fokuserades på deltagarnas egna ord för att identifiera kategorier. Den första intervjun var 2 v efter utskrivning och var halvstrukturerad med öppna frågor. Den andra var 6-8 v efter och där gavs tillfälle att lägga till, ändra eller ta bort information som tidigare sagts. Varje intervju tog 90-120 min. Godkänd av etisk kommitté.	Kvinnorna upplevde att de levde med osäkerhet, de fick kunskap av andra i samma situation och att de fick abrupt uppvaknande.	Medel Metod utförligt beskriven. Resultatet svarar mot syftet. Bristande diskussion.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Johansson, A. Ekebergh, M. Sverige 2006	The meaning of well-being and participation in the process of health and care – women's experience following a MI	Syftet var att förklara kvinnors upplevelser av vård och hälsa efter en hjärtinfarkt.	18 kvinnor från en hjärtavdelning blev kontaktade via brev och informerades om studien. 8 kvinnor svarade och intervjuades med halvstrukturerade intervjuer 1-3 mån efter utskrivning.	Analysen var fenomenologisk. Intervjuerna bandades och skrevs sedan ner. Forskarna läste igenom materialet flera ggr och kom fram till tre kategorier. Godkänd av etisk kommitté.	Kvinnorna hade inte kontroll över sin kropp och hälsa, de försökte hitta en mening med sjukdomen och livet och att de djupare, existentiella behoven blev inte tillfredsställda.	Hög Metod utförligt beskriven. Resultatet svarar mot syftet. Diskussionen är självkritisk och kopplar väl till resultatet.

