

Kvinnors upplevelser av det dagliga livet efter hjärtinfarkt – en litteraturstudie

Nilufar Farhadova
Julia Örnblom

**Sjuksköterska
2018**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Kvinnors upplevelser av det dagliga livet efter hjärtinfarkt - en
litteraturstudie

Women´s experiences of the daily life following a myocardial
infarction – a literature review

Nilufar Farhadova

Julia Örnblom

Kvinnors upplevelser av det dagliga livet efter hjärtinfarkt - en litteraturstudie

Nilufar Farhadova

Julia Örnblom

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå Tekniska Universitet

Abstrakt

Att drabbas av hjärtinfarkt innebär en stor förändring i det dagliga livet. Sjukdomen påverkar de drabbade på olika sätt och kvinnors och mäns upplevelser efter en hjärtinfarkt skiljer sig åt. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser om det dagliga livet efter en hjärtinfarkt. Litteraturstudien var baserad på femton vetenskapliga studier som analyserades enligt Bengtssons metod för kvalitativ innehållsanalys. Resultaten beskrevs i fem kategorier: att inte känna igen sin kropp och förlora sin självständighet, att känna sig begränsad och rädd för att återinsjukna, att behöva stöd för att få en gynnsam hälsoprocess och ett ökat välbefinnande, att behöva kontinuitet och känna sig förberedd och att hitta mening och nya strategier för att få balans i det nya livet. Resultatet visade kvinnors upplevelser runt det dagliga livet efter hjärtinfarkten. Stöd från hälso- och sjukvårdspersonal är viktig för hur kvinnorna klarar av sin situation. Slutsatsen var att vårdpersonalen måste arbeta personcentrerat med hänsyn till kvinnornas individuella behov för att ge bättre vård till kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt.

Nyckelord: litteraturstudie, hjärtinfarkt, kvinnor, upplevelse, kvalitativ innehållsanalys, omvårdnad.

Patientlagen föreskriver att "hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" (SFS 2014:821). Därför är patientens upplevelser en viktig utgångspunkt för forskningen inom hälsovetenskapsområdet. Ur patienters och vårdarens perspektiv kan varje sjukdom ses både som "illness" och "disease", vilket innebär att patienters ofta talar om sjukdom ur ett upplevelseperspektiv, medan vårdaren ofta har ett utifrånperspektiv i sin förståelse av sjukdom (jfr. Todres, Galvin & Dahlberg, 2007; Wikman, Marklund & Alexanderson, 2005). De olika perspektiven på sjukdom får därmed också betydelse för kommunikationen mellan den som är sjuk och den som vårdar. "Illness" innehåller patientens subjektiva upplevelser av sjukdomen. I början skapas omedvetna kroppsliga upplevelser. Det är de första signalerna om främmande kroppskänslor. Senare blir man medveten om kroppens fel på en sensorisk nivå och personens uppmärksamhet riktas just till där lidandet finns (Todres et al., 2007). För den som lever med sjukdom förändras alltså uppmärksamheten i vardagen och hur tid upplevs. Den förändrade tidsupplevelsen gör att fokus ofta blir riktat till här och nu. Den som är sjuk blir upptagen med att kroppen förlorat sin fulla förmåga, och hur detta påverkar vardagen. "Disease" handlar om uppmätbara patologiska förändringar som uppstår i kroppen på grund sjukdomen. "Disease" representeras som objektivering till skillnad från "illness" som är subjektiv. När patienten söker vård är det betydelsefullt att ta hänsyn till patientens förståelse om innebörden av sjukdom (Wikman et al., 2005). Detta då sjukdomsupplevelse påverkar det dagliga livet för den som är sjuk i en ganska stor omfattning.

Norberg et al. (1997) beskriver begreppet "det dagliga livet" som en avbild av människans inre för att förstå patientens unika livssituation. Man undanhåller och visar sig själv genom utformningen av sitt dagliga liv. Människans inre värld påverkas av hur andra uppfattar en själv, vi lever alltså våra dagliga liv i interaktion med andra. Machell, Kashadan, Short och Nezelek (2015) anser att det vardagliga livet uttrycker sig i en människas alla olika aktiviteters dimensioner, eller existens i en bredare mening. Innebörden av det vardagliga livet ändras varje dag och vi behöver undersöka de faktorer som kan påverka dessa ändringar. Människan kan hitta en mening i det dagliga livet även i frånvaro av positiva effekter, till exempel genom en sjukdomsupplevelse eller närståendes död. Människan införlivas med kulturformernas innebörd och med samhällssystemet, vilket visar att människans dagliga liv utspelar sig i ett historiskt sammanhang. Todres et al. (2007) betonar att vi utför handlingar i det dagliga livet, och detta är något som påverkas vid sjukdom och när kroppen inte fungerar som tidigare. Att bli sjuk kan också betyda att man är i behov av vård och stöd av människor i sin närhet, men också av hälso-

och sjukvårdspersonal.

Kvigne, Kirkevold och Gjengedal (2005) lyfter mäns och kvinnors olika syn på egenupplevda hälsoproblem, vilket innebär att sjuksköterskor behöver se, inte enbart människan utan de behöver även ta genus i beaktning. Sjuksköterskor beskrivs ta en omedveten genderposition, där kvinnor betraktas utifrån en stereotyp bild utan att man försöker förstå patienternas unika livssituation. Kvigne et al. (2005) visade också att vårdare koncentrerade omvårdnadsarbetet kring de fundamentala fysiska behoven utan att respektera de unika livserfarenheterna. Socialstyrelsen (2004) skriver att både kvinnor och män oberoende av ålder, etnicitet och socioekonomisk position, har rättigheten att få ”vård av god kvalitet på lika villkor”. Mayor (2015) menar att kvinnor och män är mer jämställda gällande yrkesarbeten idag. Men kvinnor utför fortfarande hemarbete i högre utsträckning än män. Kvinnor tar även ett större ansvar för barn samt sjuka och äldre närstående. Dessa belastningar kan skapa en känsla av otillräcklighet vilket kan leda till stress, ångest samt fysisk och psykisk ohälsa (Mayor, 2015). Kvinnor placerar ofta familjens behov före sina egna behov vilket då medför att kvinnor dröjer med att uppsöka vård för egen del. Konsekvensen av detta bidrar då till en sämre prognos och även högre mortalitet vid allvarliga sjukdomstillstånd inklusive hjärtinfarkt (Foa, Fuochi & Fruggeri, 2015).

I samband med hjärtinfarkt har studier (jfr. Coventry, Finn & Bremner, 2011) visat att kvinnors och mäns upplevelser skiljer sig åt. Hjärtinfarkt uppkommer när en blodpropp blockerar ett kranskärl, vilket leder till att blodtillförsel till hjärtmuskeln hindras. Detta resulterar i en minskad syreförsörjning och en nekros i hjärtmuskeln uppstår (Schenck-Gustafsson, 2009). Kvinnor har mindre smärtor i bröstet än män, men kraftigare fatigue, ont i nacken, svimning samt yrsel (Coventry et al., 2011). Viktiga könsrelaterade skillnader gällande prevalens, symptombild, behandling och resultat av hjärt-kärlsjukdomar har beskrivits i vetenskapliga arbeten de senaste åren inom det kardiovaskulära området. En del rekommendationer gällande diagnostik, förebyggande åtgärder och behandling av hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor är baserade på studier som utfört på män. Forskningsutvecklingen behöver fokusera på könsspecifika problem för att möjliggöra tidig identifikation av symptom på hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor (Leuzzi, Sangioigi & Modena, 2010).

Personens individuella livserfarenheter är centrala inom ett vårdvetenskapligt ämnesområde.

Och betydelsen av att ge vård med utgångspunkt ur livsvärdspektiv beskrivs. Detta utförs genom att människan beskriver sina egna erfarenheter och upplevelser (Boysen, Herlitz, Sundström, Nyström & Christensson, 2017). Kvinnors förutsättningar och livsstil måste uppmärksammas. Kvinnors egna styrkor och resurser bör synliggöras i deras behandling och omvårdnad (Mejias, Gill & Shpigelman, 2014). Patienterna bör motiveras att delta i sin egen vård. Det kan ha en avgörande betydelse för att öka patientens empowerment, förbättra säkerhetsövervakningsrutiner och en huvudstrategi för att åtgärda patientsäkerhetsproblem inom hälso- och sjukvården. Där krävs det att sjuksköterskorna engageras i alla processdelar, inklusive kunskapsdelning (Tobiano, Bucknall, Guinane & Chaboyer, 2016). För att hjälpa människor i deras respons på sina egna hälsoproblem och behandlingar, behöver sjuksköterskor ha kunskaper om människors olika behov. Det blir möjligt genom att tillämpa kvalitativa forskningars resultat, som beskriver personers upplevelser, i sjuksköterskornas arbete (McCance, McCormack & Dewing, 2011).

Syftet med den här litteraturstudien var att beskriva kvinnors upplevelser om det dagliga livet efter en hjärtinfarkt.

Metod

Vi har valt att genomföra en litteraturstudie med fokus på att sammanställa vetenskaplig kunskap om upplevelser av sjukdom. Vi valde en kvalitativ innehållsanalys då denna metod tillåter oss att sammanställa innehåll om just upplevelser (jfr. Bengtsson, 2016). Vi genomförde en litteratursökning i enlighet med Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), för att sedan kvalitetsgranska de studier vi identifierat utifrån syftet. I den kvalitetsgranskning som genomfördes tog vi också stöd från Willman et al. (2011).

Litteratursökning

För att söka vetenskapliga artiklar till studien användes databaserna PubMed och CINAHL. Dessa databaser innehåller vetenskapliga artiklar inom medicin och omvårdnad som möjliggjorde att hitta artiklar som motsvarade studiens syfte (jfr. Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Hjälp från bibliotekarie på LTU mottogs för att finna passande sökord. Mesh- termer och CINAHL headings hjälpte att få fram de mest relevanta sökningsresultaten. Sökorden som

användes för litteratursökningen var: myocardial infarction, women, female, experience, life change event, daily life, well-being, quality of life, samt qualitative study. De sammankopplades genom användning av booleska sökoperatörer AND och OR. Detta underlättade att nå passande litteratur samt avgränsade sökresultaten (Willman et al., 2011).

Kvalitativa studier, studier om kvinnor som hade genomgått hjärtinfarkt, vetenskapligt granskade artiklar som publicerades mellan 2000 och 2018 samt skrivna på engelska var inklusionskriterier. Exklusionskriterier var översiktsartiklar och artiklar där var omöjligt att urskilja upplevelsersbeskrivningar som var specifika för kvinnor. Sökningen resulterade i 50 studier. Först lästes rubriker. Av de 32 studier som hade passande rubriker till ämnet, lästes abstrakt. Endast de 15 studier som motsvarade litteraturstudiens syfte och hade hög kvalitet, ingick i analysen. Studier med medicinskt fokus kom ej att ingå.

Tabell 1. Forts. Artikelsökningar i databaser CINAHL och PubMed

Syftet med sökning: Beskriva kvinnors upplevelser i det dagliga livet efter hjärtinfarkt				
CINAHL 2018 01 16 Begränsningar: English, Peer Reviewes, publications date 2000-2018				
Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	CH	Myocardial infarction	34797	
2	CH	Women	218766	
3	CH	Female	977811	
4		2 OR 3	1017145	
5	FT	Experience	183973	
6	CH	Life change events	4265	
7	CH	Daily life	6056	
8		5 OR 6 OR 7	191306	
9	CH	Well-being	28711	
10	CH	Quality of life	88783	
11		9 OR 10	111995	
12	CH	Qualitative study	75890	
13		1 AND 4 AND 8 AND 11 AND 12	18	9

Tabell 1. Forts. Artikelsökningar i databaser CINAHL och PubMed

Syftet med sökning: Beskriva kvinnors upplevelser i det dagliga livet efter hjärtinfarkt				
CINAHL 2018 01 16 Begränsningar: English, Peer Reviewes, publications date 2000-2018				
Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	CH	Myocardial infarction	34797	
2	CH	Women	218766	
3	CH	Female	977811	
4		2 OR 3	1017145	
5	FT	Experience	183973	
6	CH	Life change events	4265	
7	CH	Daily life	6056	
8		5 OR 6 OR 7	191306	
9	CH	Well-being	28711	
10	CH	Quality of life	88783	
11		9 OR 10	111995	
12	CH	Qualitative study	75890	
13		1 AND 4 AND 8 AND 11 AND 12	18	9

*MSH – Mesh termer i databasen PubMed, CH – CINAHL headings i databasen CINAHL, FT – fritext sökning

Kvalitetsgranskning

De studier som valts ut kvalitetsgranskades enligt ett protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (Willman et al., 2011). Artiklarna kvalitetsgranskades efter syftet, etisk prövning, urval, metod, själva kontexten och resultaten. Varje fråga som gav ja-svar, alltså där den granskade delen av forskningsprocessen hade beaktats, fick ett poäng. Vet ej- och nej-svar gav noll poäng. Poängen räknades ihop, omvandlas till procent och utifrån detta bestämdes artiklarnas olika kvalitet. Hög kvalitet motsvarar 80-100%, medelkvalité motsvarar 70-79% och låg kvalitet motsvarar 60-69%. Nedan i tabell 2 presenterades översikt över de valda artiklarna som ingick i analysen.

Tabell 2. Översikt över artiklar ingående i analysen (n=15)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/Analys	Huvudfund	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Caldwell, Arthur & Rideout (2005)	Kvalitativ	12 kvinnor	Djupa intervjuer. Kritisk etnografisk analys.	Det belystes fyra teman: tendens att minska oro och acceptera sitt nya liv efter hjärtinfarkt, acceptansen av hemsjukvårds hjälp, olika sätt att återhämta sig efter hjärtinfarkt och relationerna med personalen.	Hög
Gallagher, Marshall, Fisher & Elliot (2008)	Kvalitativ	11 kvinnor	Semi-strukturerade intervjuer. Hermeneutisk-fenomenologisk innehållsanalys.	Kvinnorna hade problem som relaterades med sårbarhet, rädsla för återkommande hjärtproblem, social stöd, arbete och ekonomi.	Hög
Higginson (2008)	Kvalitativ	25 kvinnor	Semi-strukturerade intervjuer. Grundad teori.	Kvinnorna sökte hjälp för sent på grund av de upplevde hjärtinfarkten som en ”manlig” sjukdom och försökte att självmedicinera symptom. Efter en hjärtinfarkt var det svårt att identifiera symptom och kvinnorna upplevde svårighet att kontakta sjukvården.	Hög
Jackson, Daly, Davidson, Elliot, Cameron-Traub, Wade, Chin & Salamonson (2000)	Kvalitativ	10 kvinnor	Semi-strukturerade intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys med	Kvinnorna upplevde återhämtningen som en svår process i början. Kännetecken var rädsla och osäkerhet. Med tiden kom förtroende för framtiden. Det viktigaste för	Hög

Tabell 2. Översikt över artiklar ingående i analysen (n=15)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/Analys	Huvudfund	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
			feministisk teoretisk inriktning.	dem var att få effektiv information om återhämtnings möjligheter.	
Johansson & Ekebergh (2006)	Kvantitativ	8 kvinnor	Öppna intervjuar. Fenomenologisk analys	Det dagliga livet upplevdes som okontrollerat och osäkert. Kvinnorna upplevde att det var svårt att känna igen sina egna kroppar. Problemet med personalen som upplevdes efter en hjärtinfarkt var att kvinnornas erfarenheter nonchalerades. Kvinnorna kände sig ensamma och övergivna.	Hög
Kristofferzon, Löfmark & Carlsson (2007)	Kvalitative	20 kvinnor och män	Kvalitativa forskningsintervjuar. Kvalitativ innehållsanalys. Analysen för kvinnors upplevelser skedde separat och beskrevs tydligt.	Kvinnorna försökte hitta balans i det dagliga livet efter en hjärtinfarkt. De behövde stöd av sina familjer. Okunskap, osäkerhet och trötthet upplevdes som negativa faktorer. Kvinnorna upplevde även att familjestödet som överbeskyddat. Fysiska symptom fördjupades av psykiska besvär efter hjärtinfarkten.	Hög
McSweeney, Lefler & Crowder (2005)	Kvalitativ	40 kvinnor	Djupa intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.	Fem kategorier belystes: medvetenhet om symptomallvarlighet, sökning av hjälp från sjukvården, frustrationen,	Hög

Tabell 2. Översikt över artiklar ingående i analysen (n=15)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/Analys	Huvudfund	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
				behandlingsbeslut och vrede i fall när diagnostiken försenades.	
Schou, Jensen, Zwisler & Wagner (2008)	Kvalitativ	6 kvinnor	Fokusgrupp intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.	Kvinnor som tog del i ett rehabiliteringsprogram kunde hantera livsförändringar bättre än de som inte var med i programmet. Detta gällde kostvanor, rökning, inaktivitet osv. Resultatet var att kvinnorna hade mer ork att utföra sina vanliga hemuppgifter och detta upplevs som en positiv faktor.	Hög
Sjöström-Strand & Frilund (2007)	Kvalitativ	14 kvinnor	Kvalitativa forskningsintervjuer. Fenomenologisk analysmetod.	Kvinnorna upplevde ångest på grund av de hade haft en hjärtinfarkt som resulterade till stress i sina dagliga liv. De upplevde kontrollförlust och kunde inte lugna ner. Närstående visste inte på vilket sätt att stödja kvinnorna. Stress fördjupades eftersom vårdpersonalen gjorde för lite stödjande insatser.	Hög
Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg (2010)	Kvalitativ	12 kvinnor	Kvalitativa forskningsintervjuer. Fenomenologisk analysmetod.	Efter fem år behövde kvinnorna fortfarande stöd att fortsätta med livsförändringar. De påverkades av fysiska symptom, ekonomiska problem och stress. Kvinnorna upplevde att de behöver mer stöd från hälso- och sjukvården.	Hög
Stevens &	Kvalitativ	12 kvinnor	Kvalitativa	Kvinnorna upplevde att deras	Hög

Tabell 2. Översikt över artiklar ingående i analysen (n=15)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/Analys	Huvudfund	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Thomas (2012)			forskningsintervjuer. Fenomenologisk analysmetod.	kropp förändrades efter en hjärtinfarkt. De kände orkeslöshet och upplevde att de förlorade självständighet. Familjer upplevdes som en stödjande faktor. Kvinnorna ville ha mer individanpassad information och stödjande insatser från vården. De upplevde även rädsla att drabbas av en ny hjärtinfarkt.	
Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam (2009)	Kvalitativ	10 kvinnor	Kvalitativa forskningsintervjuer. Fenomenologisk analysmetod.	Nära relationer upplevdes som ett säkerhetsnät som minskade lidande efter en hjärtinfarkt. Nära relationer och sexualitet upplevdes som en del av kroppsintegritet och hade en djup inflytande på livsupplevelser. Inte alla nära relationer upplevdes som intima. De gav en mening, kraft och styrka till hälsoprocesser.	Hög
Svedlund & Danielson (2004)	Kvantitativ	9 kvinnor och 9 deras partner	Narrativa intervjuer. Fenomenologisk hermeneutisk analysmetod.	Två huvudteman belystes i studien: upplevelser av förändrade livssituation som inkluderade upplevelse att vad de skulle göra, hur att leva ”sida vid sida” och kvinnornas upplevelser om sina nya ansvarsområden. Ett annat tema var att beskriva kvinnornas framtids överblick	Hög

Tabell 2. Översikt över artiklar ingående i analysen (n=15)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/Analys	Huvudfund	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
				som inkluderade kvinnors upplevelser av osäkerhet, maktlöshet men även framtidshopp.	
White, Hunter & Holttum (2007)	Kvalitativ	5 kvinnor	Semistrukturerade intervjuar. Fenomenologisk analys.	Kvinnorna upplevde förändrade relationer och roller efter en hjärtinfarkt. Osäkerhetskänslan ledde till ångest. Stödet från familjer och personal skapade hopp- och optimismkänslor. Kvinnorna hade tendens att minimera sjukdomsinverkan och hoppades på att livet skulle normaliseras snabbt.	Hög
Wieslander, Mårtensson, Frilund & Svedberg (2016)	Kvalitativ	26 kvinnor	Öppna intervjuar. Kvalitativ innehållsanalys.	Återhämningsprocessen upplevdes som mångriktig. Kvinnorna önskade att få ett nytt livsperspektiv. Kvinnornas inre styrka, livsstilsförändringar och socialt stöd var de viktigaste faktorerna som främjade deras återhämtning.	Hög

Analys

Innehållsanalys som metod används för att utföra slutledningar från visuella, verbala eller

skrivna data. För att klargöra och beskriva fenomen på ett kvalitativt och systematiskt sätt är den kvalitativa innehållsanalysen att föredra. Metoden tillåter att kvalitativa studiers resultat knyts till miljön eller de kontexter som de baseras på (Bengtsson, 2016).

För att utföra analysen i den här litteraturstudien används den kvalitativa innehållsanalysen som beskrivs av Bengtsson (2016). Vi inledde analysen genom att läsa igenom de identifierade studierna flera gånger, och oberoende av varandra, för att få en helhetsupplevelse. Vi separerade de minsta meningsenheterna ur hela texten. Efter detta försökte vi distansera oss från textmaterialet, och inta en kritisk hållning till vilka textenheter som skulle ingå i analysen, och som verkligen svarade mot syftet. Meningsenheterna kodades för att lättare hittas igen i ursprungstexten. Vi läste ursprungstexten igen tillsammans med meningsenheternas register, alltså den tabell vi använde för att identifiera meningsenheter. För att undvika materialets placering mellan två kategorier sorterade vi matningsenheterna noggrant. Vi reducerade antalet ord utan att förlora textinnehållet, och för att få fram kärnan i innehållet. Innehållet kategoriserades efter likheter och skillnader, och kategorier breddades genom att liknande innehåll slogs samman i större kategorier. Vi utförde analysen i en skriftlig form genom att skapa förklarande texter till varje kategori. Analysen bedömdes färdig då vi inte kunde se möjligheter till ytterligare sammanslagningar av innehåll (jfr Bengtsson, 2016).

Resultat

Tabell 3. Kategorier identifierande vid analys av studier n=5

Huvudkategorier	
1	Att inte känna igen sin kropp och förlora sin självständighet
2	Att känna sig osäker och rädd för att återinsjukna
3	Att behöva stöd för att få en gynnsam hälsoprocess och ett ökat välbefinnande
4	Att behöva kontinuitet och känna sig förberedd
5	Att hitta mening och nya strategier för att få balans i det nya livet

Att inte känna igen sin kropp och förlora självständighet

Studier (Gallagher et al., 2008; Johansson & Ekeberg, 2006; Kristofferzon et al., 2007; McSweeney et al., 2005; Sjöström-Strand et al., 2010; Stevens & Thomas, 2012; White et al., 2007) visade att kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt upplevde att deras kroppar förändrades

på ett sätt som påverkade det dagliga livet och skapade en känsla av förlorad självständighet.

Kvinnorna förstod att efter hjärtinfarkten förändrades deras kroppar och att något blivit fel. De kunde ofta inte känna exakt vad detta var men de visste säkert att något hänt (McSweeney et al., 2005).

I know my body and something wasn't right. Something is making me sick. I just don't know what it is (McSweeney et al., 2005).

Kvinnorna diskuterade det faktum att upplevelser av förändrade kroppar skapade hinder i livet. De kände sig nedbrutna psykologiskt och fysiskt upplevde de trötthet, svaghet och utmattning. Det var svårt att utföra enkla uppgifter, som att bara gå runt i huset eller klä på sig. Efter hjärtinfarkten kände de flesta brist på energi. Symptomen skapade ångest, osäkerhet och kvinnorna undrade vilka svårigheter som kunde komma från ett sjukt hjärta (Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna kände en sorg över den förändrade kroppen som var svår att hantera (White et al., 2007). Fysiska förmågor blev sämre efter hjärtinfarkten och detta ledde till att kvinnorna inte kunde lita på sina kroppar. Tankarna kring den förändrade kroppen väckte upp existentiella funderingar (Sjöström-Strand et al., 2010).

Efter hjärtinfarkten blev det dagliga livet svårt för kvinnorna eftersom de inte längre hade full kontroll över sin vardag. Detta ledde till ångest och stress som försämrade situationen (Sjöström & Frilund, 2007). Kvinnorna var inte vana vid ett beroende av andra. Livet efter hjärtinfarkten beskrevs som ett fångelse. Livet innan upplevdes som fritt från tankar om ohälsa. Nu kände kvinnorna sin okunnighet, och tankarna om ett förlorat välmående återkom ständigt (Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna beskrev sina dagliga liv som existentiellt osäkra eftersom de ej längre hade kontroll över sin egen livssituation och sina egna kroppar. Deras autonomi hade ej längre något utrymme (Johansson & Ekeberg, 2006). För kvinnornas återhämtning tog önskan att återfinna sin självständighet i samband med deras livserfarenheter en huvudplats (Gallagher et al., 2008).

Att känna sig osäker och rädd för att återinsjukna

Studier (Arenhall et al., 2010; Jackson et al., 2000; Schou et al., 2008; Sjöström-Strand & Frilund, 2007; Sjöström-Strand et al., 2010; Stevens & Thomas, 2007) visar att kvinnorna som drabbades av en hjärtinfarkt kände sig osäkra. De var också rädda för att åter drabbas av en ny

hjärtinfarkt.

Erfarenheten av hjärtinfarkten skapade osäkerhet och orolighet och det kändes att denna upplevelse aldrig skulle försvinna från livet. Kvinnorna upplevde att de inte kände sig säkra efter hjärtinfarkten. En kvinna uttryckte att hennes rädsla återkom och hon kände sig mycket äldre (Stevens & Thomas, 2012).

Well, insecure because of what my heart's done to my brain, my way of thinking, and so forth (Stevens & Thomas, 2012).

Kroppsliga upplevelser liknande hjärtinfarktssymptom skapade rädsla för en andra infarkt (Sjöström-Strand & Frilund, 2007; Sjöström-Strand et al., 2010; White et al., 2007). Rädslan uppstod i relation till andra faktorer som rädsla för döden, framtiden, fysiska aktiviteter och känslomässiga händelser. Dessa känslor förknippades till sorg och förlust och skapade en känslomässig labilitet (Jackson et al., 2000).

Ångest som reaktion på den livshotande sjukdomen, utvecklades till depression, vilket orsakade sömnstörningar, aptitlöshet och även självmordstankar. Allt detta försämrade kvinnornas livskvalité och sågs som ett hinder till positiva livsförändringar (Schou et al., 2008).

Kvinnorna kände frustration och hade allmänna känslor som kort temperament och irritabilitet efter hjärtinfarkten. Detta ledde till ovisshet och gav en allmän känsla av begränsad förmåga. Detta förknippades till olika fysiska aspekter och psykologisk oförberedelse till den allvarliga sjukdomen samt överbeskydd från närstående (Sjöström-Strand et al., 2010; White et al., 2007).

Att behöva stöd för att få en gynnsam hälsoprocess och ett ökat välbefinnande

Studier (Jackson et al., 2000; Johansson & Ekebergh, 2006; Kristofferzon et al., 2007; McSweeney et al., 2005; Sjöström-Strand & Frilund, 2007; Sjöström-Strand et al., 2010; Svedlund & Danielson, 2004; White et al., 2007; Wiestlander et al., 2016) visade att kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt, hade behov av stöd från omgivningen i det vardagliga livet för att få en gynnsam hälsoprocess och ett ökat välbefinnande.

Kvinnorna beskrev att bara tankar om familjens närvaro upplevdes som ett stöd. De värderade olika praktiskt stödjande tillvägagångssätt från sina närstående som hjälp att återkomma till sina normala liv (White et al., 2007). Deras partners tog större ansvar i de vardagliga rutinerna men respekterade kvinnornas önskan att inte bete sig på ett överdrivet beskyddande sätt, vilket upplevdes som ett styrande över det dagliga livet (Svedlund & Danielson, 2004). Nära relationer

kunde fungera som ett stöd och säkerhetsnät, gav en starkare upplevelse av sin levande kropp och innebar samhörighet för kvinnorna vilket fungerande som en central del i kvinnornas hälsoprocess. Samtidigt kunde förhållanden orsaka lidande när brist på samhörighet och ett otillräckligt meningsfullt sammanhang uppstod (Johansson Sundler et al., 2009). Kvinnorna berättade att ett fungerande partnerskap kunde kännas som mer värdefullt i livet efter en hjärtinfarkt (Wieslander et al., 2016). Sexualitet innebar för kvinnorna vänskap och känslor som delades med partnern och detta begränsades inte bara till intima relationer (Johansson Sundler et al., 2009). Rädslan att förlora en partner påverkade förhållandet. Mellan kvinnorna och deras partner kunde det uppstå en brist på verbal kommunikation och en icke-verbal kontakt tog över (Svedlund & Danielson, 2004).

Kvinnorna uppskattade sina vänner (framför allt kvinnliga) och höll täta kontakter via brev, telefon eller sms. Det var viktigt att kunna berätta om sina tankar och upplevelser vilket upplevdes som ett viktigt stöd för att gynna hälsoprocessen. För kvinnornas närhet till sina vänner, arbetskamrater, i kyrkan och övriga sammanhang bidrog till deras återhämtning (Wieslander et al., 2016). Om de var osäkra så sökte kvinnorna råd hos vänner om sina behandlingsstrategier (McSweeney et al., 2005). Kvinnornas styrka att förlita sig på egen förmåga, ta initiativ och själv samla kunskap och erfarenheter stärktes på grund av internetnätverks stöd, istället för att bara få information bara från vårdpersonalen (Kristofferzon et al., 2007).

Kvinnorna behövde stöd från personalen framför allt för att få tillgång till pålitligt och relevant läsmaterial och för att återfå en balans i det dagliga livet. Genom att få en anpassad och stödjande information stärktes kvinnornas självkänsla och potentialen att forma sin livssituation höjdes, vilket ökade välbefinnandet (Jackson et al., 2000; Johansson & Ekebergh, 2006). Kvinnorna behövde få mer specifik information gällande kost, fysisk aktivitet, arbetsbelastning, alkoholrelaterade frågor och de psykologiska reaktionerna på den situation som väntade dem efter utskrivningen från sjukhuset (Jackson et al., 2000; McSweeney, 2005; Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna behövde större psykologiska och ekonomiska insatser från samhället för att återhämta sig efter hjärtinfarkten (Sjöström-Strand & Frilund, 2007; Sjöström-Strand et al., 2010)

I didn't have enough money for petrol so I couldn't go to rehabilitation program and there was no one to help me with my financial problems and that was very stressful (Sjöström-Strand & Frilund, 2007).

Att behöva kontinuitet och känna sig förberedd

Studier (Cadwell et al., 2005; Higginson, 2008; Jackson et al., 2000; Kristofferzon et al., 2007; Sjöström et al., 2010; Stevens & Thomas, 2012; Wieslander et al., 2016) visade att kvinnorna som drabbades av en hjärtinfarkt beskrev att de hade behov av kontinuitet och känna sig förberedda för att minska den oro som kunde upplevas.

Från början blev kvinnorna bemötta på ett stereotypiskt sätt, vilket förklarades som att hjärtinfarktpatientgruppen endast inkluderade människor med överviktsproblematik, rökare, och män. Kvinnor kände sig dessutom skyddade från hjärtinfarkt på grund av sitt kvinnliga kön, vilket innebar att de var helt oförberedda och de kände en ökad stress då de ej hade kunnat se sig själva tillhöra denna grupp (Higginson, 2008). Kvinnorna upplevde brist på kontinuitet mellan olika vårdenheter. De ville ha kontakt med sina allmänläkare under sjukhusvistelsen (Jackson et al., 2000). Caldwell et al. (2005) beskrev att det inte fanns några gemensamma instruktioner mellan vårdenheterna, vilket resulterade i patientlidande.

It was a big screw-up. They were supposed to send an ambulance to transfer me there because I had a heart attack but the local hospital said, "No, just get someone to drive you there." So my husband took the day off work and drove me. Then, when I got there, those people jumped all over my hospital because they said I should have been in an ambulance (Caldwell et al., 2005).

Kvinnor beskrev sin situation att personalen definitivt skulle kunna förbereda människor bättre eftersom det inte fanns något på infobladet om vad man kunde förvänta av sina känslor (Steven & Thomas, 2012). I de fall där kvinnorna fick individuellt anpassad information från olika medicinska specialister kände de sig tryggare. De uppskattade sjuksköterskorna på hjärtenheterna, eftersom de hade lättare och bättre dialog än läkarna (Kristofferzon et al., 2007). När kvinnorna och deras partners fick en tydlig beskrivning av hur kvinnliga patienter brukade känna sig efter utskrivningen, upplevde sig kvinnorna värdefulla. De uppskattade det vänliga och professionella bemötandet och kände sig avslappnade. Detta gav de upplevelse av trygghet (Wieslander et al., 2016). Olika rehabiliteringsprogram sågs som en möjlighet att förbereda sig till en ny vardag efter utskrivningen från sjukhus (Sjöström et al., 2010).

Att hitta mening och nya strategier för att få balans i det nya livet

Studier (Gallagher et al., 2008; Higginson, 2008; Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson Sundler et al., 2009; Schou et al., 2008; Johansson Sundler et al., 2009; Wieslander et al., 2016;

White et al., 2007) visade att kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt, försökte att hitta mening och nya strategier för att få balans i det nya livet.

Kvinnorna ville hitta meningen i sin hjärtinfarktsupplevelse för att kunna se sina förändrade kroppar från en annan synvinkel och styra över sin hälsoprocess. Det var svårt för kvinnorna att hitta ord för att beskriva sina nya behov och att kunna förstå komplexiteten i den nya situationen (Johansson & Ekeberg, 2006). Sjukdomsuppkomsten gav ett ökat behov av en mer givande emotionell närvaro och fysisk kontakt från den nära partnern. Närheten fick en större betydelse än före hjärtinfarkten och kontakten ökade kvinnornas välbefinnande. Hjärtinfarkten skapade större eftertänksamhet som gav en ökad drivkraft för förändringar (Johansson Sundler et al., 2009). Kvinnorna beskrev att några förändringar efter hjärtinfarkten förbättrade livet som helheten. Till exempel relationerna med barn blev närmare, de kände sig klokare och tankarna om sin situation hjälpte till att hitta nya perspektiv i livet (Wieslander et al., 2016). För att styra sina hälsoprocesser använde kvinnorna några strategier som: att hitta alternativa sätt att medicinera sig, att inte fördjupa sig symtomens betydelse för att därigenom förhindra rädsla och konstruktivt leta ny information gällande kardiovaskulära sjukdomar (Higginson, 2008). Kvinnorna ändrade sin livsstil genom att minska riskfaktorer som rökning, ohälsosamma matvanor och brist på fysiska aktiviteter (Schou et al., 2008). Deras erfarenheter blev ett medel som hjälpte att kämpa mot problemen med hälsan och bidrog till att hitta en ny autonomi (Johansson & Ekeberg, 2006).

Kvinnorna initierade nya strategier genom att skapa en inre styrka. De berättade att de arbetade aktivt för omvandla sitt tankemönster genom att de vågade ta in nya kunskaper och tänka annorlunda. De försökte att vara öppna för andras åsikter, som därmed bidrog till nya uppfattningar och livssätt. Kvinnorna fokuserade på möjligheter istället för problem och såg framåt. En positiv attityd till livet underlättade återhämtningsprocessen (Wieslander et al., 2016). De lärde sig att trots att det fanns förluster i livet, så måste de gå vidare och den bästa hjälpen som de kunde få existerade inom dem själva (Gallagher et al., 2008). Kvinnorna försökte att återgå till sina arbeten så snart som möjligt men de förstod att arbetsbelastningen måste minskas (White et al., 2007). Efter hjärtinfarkten hittade kvinnorna nya perspektiv genom att försöka fokusera på sig själva, och då förstod de hur att återfinna sitt välbefinnande. De hittade nya intressen i livet, skaffade nya intressanta jobb och försökte att vara närmare till familjerna.

It's important with the sources of health you have in life, so you feel that you can gather strength. I think that I have such sources. I have a place I go to in the country where I sit down and think...I have one such source: our summer house-listening to music, going for walks in the countryside...To others it can be

completely different things. To me it's about giving those things in my life, so that I have a life, so to speak (Johansson Sundler et al., 2009).

Diskussion

Syftet med den här litteraturstudien var att beskriva kvinnors upplevelser om det dagliga livet efter en hjärtinfarkt och i resultatet kom det fram sex kategorier: att inte känna igen sin kropp, att känna sig begränsad och rädd för att återinsjukna, att förlora självständighet, att behöva stöd för att gynna hälsoprocess och ökat välbefinnandet, att behöva kontinuitet och känna sig förberedd, att hitta mening och nya strategier för att få balans i det nya livet.

Den här litteraturstudien visar att kvinnor efter en hjärtinfarkt upplever att kroppen förändras och att de inte längre kan lita på denna. Tsay, Allen, Proske och Giummarra (2015) vilka studerat sjukdomsupplevelse, menar att friska människor omedvetet har uppfattningar om sina kroppar, men de tänker inte på den egna kroppen. Vuxna som däremot lever med kroniska sjukdomar, har en annan uppfattning om den egna kroppen. Många beskriver att deras påverkade organ känns på något sätt förvanskade, antingen i storlek, position eller till och med frånvarande, och psykofysiska uppfattningar har en stor betydelse inom klinisk praktik. Coffey, Gallagher, Horgan, Desmond och MacLachlan (2009) understryker att patienter kan bli deprimerande som ett resultat av förändrade kroppsupplevelser. Sjuksköterskor kan hjälpa till att synliggöra en förändrad kroppsbild genom att noga lyssna på patienters berättelser. Definierande behov eller behov som är uttalade och synliggjorda har konsekvenser för hur patienter klarar sin framtid. Utifrån detta ser vi det som viktigt att sjuksköterskor kan stödja kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt att hantera den förändrade kroppsbilden på liknande sätt som de hjälper människor vid en plötslig traumatisk förlust. Alltså genom att stöd genom en medvetenhet och en känslighet inför vilken fas kvinnan befinner sig i. Coffey et al. (2009) har dessutom visat att det finns ett stort behov att rådgöra patienter så fort som möjligt för att undvika långvariga psykologiska effekter. Att lyssna och synliggöra upplevelser av vad kroppens förändringar innebär för kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt har därför ett stort värde i sig men också i ett vidare perspektiv.

Denna litteraturstudie visar att kvinnorna som drabbades av en hjärtinfarkt är rädda att åter drabbas av en ny infarkt och känner sig begränsade på grund av sjukdomen. Detta bekräftas av Berghammer, Dellborg och Ekman (2005) som beskriver unga vuxna människors upplevelser av

att leva med en medfödd hjärtsjukdom. De skriver att många är rädda för att hälsotillståndet kan förvärras och deras liv förkortas. Detta leder till en känsla av orättvisa, ångest, ovisshet och existentiella tankar. I studien betonas att dessa personer upplever begränsningar i livet på grund av sin sjukdom, både nu och i framtiden, vilket leder till ett stort lidande och en försämrad livskvalité. Vårdgivaren måste skapa en säker miljö som ger förtroende för vårdpersonalen för att minska dessa upplevelser (Berghammer et al., 2005). Utifrån detta ser vi att sjuksköterskor måste stödja kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt genom att diskutera deras sjukdom och möjliga komplikationer vilket gör dem säkrare och minskar rädsla.

Den här litteraturstudien visar även att kvinnor som drabbas av en hjärtinfarkt upplever en förlust av sin självständighet. Hallberg, Ek, Toss och Bachrach-Lindström (2010) beskriver hur kvinnor som har fått ryggradsfrakturer lider av att de är beroende av andra människor, och hur de strävar mot att återfå sin självständighet. Det dagliga livet blir svårare eftersom det krävs hjälp från familj, vänner och sociala tjänster i hushållsarbete, fritid och sociala aktiviteter. Detta påverkar både självbild och självförtroende på ett negativt sätt, och en känsla av att de bara är en börda uppstår. Självständighet relateras till hälsa och välbefinnande och kvinnor strävar efter att vara mer oberoende av andras hjälp. Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä och Falk (2016) beskriver hjälpinsatser från sjukvårdspersonalen för att upprätthålla delaktighet och autonomi. Stödet från sjukvårdspersonal är viktigt och för att det skall fungera effektivt måste det skapas ett förtroende för vårdgivaren. Utifrån detta ser vi att personalen bör lyssna och förstå varje unik livssituation och ge stöd med respekt. Empati, en varm emotionell atmosfär, och bra kunskaper om patienters fysiska, psykologiska och existentiella behov skapar grunden för goda relationer mellan sjuksköterskor och kvinnor som har drabbats av hjärtinfarkt.

Denna litteraturstudie visar att för att gynna drabbade kvinnors hälsoprocess och öka deras välbefinnande behövs stöd från familj, vänner och personal. Pihl, Frilund och Mårtensson (2010) vars studie beskriver hur människor med hjärtsvikt upplever sin livssituation, beskriver att stöd och uppmuntran från omgivningen ökar livskvalitén för de som drabbas av en hjärtsjukdom. En viktig utmaning för omvårdnad är att upprätthålla sociala relationer och stödja familjen att hjälpa sin kroniskt sjuke familjemedlem att klara av situationen. Familjestödet spelar en stor roll i patientens hälsoprocess. Fleury, Sedikides & Lunsford (2001) skriver att det är viktigt att berätta om sina känslor och problem som kopplas ihop med hjärtsjukdomen till sina familjemedlemmar och vänner. Detta hjälper till att förstå sin livssituation och ta beslut om behandling och omvårdnadsalternativ. Här beskrivs även en viktig roll av internetforum, grupper etc. där kvinnorna kan diskutera problem, interpretera erfarenheter och sätta mål för att ändra sina hälsobeteenden. Utifrån detta ser vi att för att främja psykosocial anpassning och välbefinnande

för kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt måste sjuksköterskor stödja både patienter och deras familjer.

Den här litteraturstudien visar att kvinnorna som drabbades av en hjärtinfarkt hade behov av kontinuitet och att känna sig förberedda. Raivio, Jääskeläinen, Holmberg-Marttila och Mattila (2014) betonar att kontinuitet i vården är en viktig faktor för vårdtagarens nöjdhet, och innefattar patientens förväntningar, behov och erfarenhet av vården. Personcentrerad, evidensbaserad och kontinuerlig vård är hörnstenar i vården. McCormack och McCance (2011) beskriver en teoretisk ram för personcentrerad vård som omfattar fyra delar: förutsättningar som baseras på sjuksköterskans egenskaper, personcentrerande processer som koncentreras på arbetet med patienters värderingar och engagemang i sin egen vård, vårdmiljö som främjar patienternas integritet och välbefinnande, samt förväntade resultat på patienters engagemang i vården och välbefinnandet. Fyra viktiga utgångspunkter som ligger som grund för den personcentrerade vårdens koncept är: att vara i relationer, att vara i sociala sammanhang, att vara på plats och att vara sig själv. Socialstyrelsen (2015) skriver att patienternas behov av kontinuitet och samordning måste ökas i syfte att få patienterna att känna sig mer trygga och säkra. Här understryks även betydelsen av att information måste individanpassas (Socialstyrelsen, u.å.). Informationsvolym, tydlighet, relevans och tidsaspekt är komponenter som har inflytande på patientnöjdheten (Johansson, Oléni & Frilund, 2002). Utifrån detta anser vi att sjuksköterskor måste informera kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt på en individuellt anpassad nivå med syftet att integrera dem i sin egen hälsoprocess. Utgångspunkten för sjuksköterskor måste vara kvinnors värderingar och förståelse av situationen, med målet att uppnå patienters delaktighet.

Denna litteraturstudie visar att kvinnor drabbade av en hjärtinfarkt behöver hitta både mening och nya strategier för att få en balans i det nya livet. Helgeson och Zajdel (2017) menar att sjukdomen stör en människas självkänsla, men en person kan återskapa sin självkänsla genom att justera sitt dagliga beteende och förändra självuppfattningen för att acceptera symptomen. Den här justeringsprocessen sker kontinuerligt och ändras med tiden. Anpassningsprocessen påverkas av olika faktorer, inklusive typ av sjukdom, patientens kön, dennes personliga egenskaper och den sociala miljön. Edward (2013) skriver att självhantering och självkorrigering förmågor integreras för att minska olika negativa effekter av kroniska sjukdomar. Sjuksköterskor kan bedöma befintliga motståndskrafter och använda dem i interventioner för patienter med kroniska tillstånd. Motståndskrafter kan betecknas som människors förmåga att hantera livshändelsers negativa inverkan. Detta innefattar en aktiv eller anpassande copingstil, optimism och förmåga att frambringa socialt stöd. Strategier som är effektiva för patienter med kroniska sjukdomar är en tidig intervention, ett positivt social- och

familjeklimat, stödinsatser och deltagande i hälsoframkallande aktiviteter. Utifrån detta ser vi att sjuksköterskor måste utgå från det praktiska vårdandet, olika kommunikationsfrämjande metoder samt etiska aspekter för att hjälpa de kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt att hitta mening och nya strategier i sina nya liv.

Klinisk implikation

Kvinnor behöver hitta strategier för att återhämtning efter den allvarliga sjukdom, som hjärtinfarkt är. De bör ha tillgänglighet till resurser för att ordna livet och inte bli fast i sina situationer. Enligt Orems teori om egenvårdsbalans bör en sjuksköterska hjälpa sina patienter till en ansvarsfull egenvård med hjälp av omvårdnadstillsyn och rådgivning (Masters, 2011). Genom att förstå kvinnors upplevelser kan deras egna krafter nyttjas på ett effektivt sätt. För detta bör man förstå vad som är viktigt för kvinnor jämfört med män. I så fall bemöts och behandlas patienterna med ett bra resultat som leder till minskat återinsjuknande och även minskade kostnader för vården. Information om riskfaktorer för hjärtinfarkt samt information om förebyggande åtgärder mot återinsjuknande med fokus på kvinnors individuella behov, minskar antalet drabbade betydligt, och detta ger en kostnadseffektivitet för samhället. Arnetz & Zhdanova (2015) betonar att en av de viktigare uppgifterna för sjuksköterskorna är att skapa en motivation till att ta ansvar för sin egen hälsa. McCance et al. (2011) betonar att en personcentrerad inställning leder till en ökad förståelse och gynnar hälsofrämjande förändringar. Denna litteraturstudie kan öka sjuksköterskor kännedom om hur kvinnor upplever sitt dagliga liv efter hjärtinfarkt, och både Orems teori om egenvårdsbalans och McCances teori kring personcentrerad vård kan som vi ser det komplettera varandra i ett kliniskt sammanhang. Detta då personcentrering kan utgöra en generell ansats kring delaktighet och teori kring egenvårdsbalans utgör ett sätt att praktiskt vägleda och ge råd till patienter gällande egenvård.

Metoddiskussion

I denna litteraturstudie ingår kvalitativa originalstudier som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Genom att sammanställa dessa material är det möjligt att ge en mer generell och bredare bild av hur det kan vara att drabbas av hjärtinfarkt som kvinna. Kvalitativa metoder är lämpliga för att få en djup förståelse för människors erfarenheter och upplevelser kring fenomenet som en studie fokuseras på, i ett kulturellt och socialt sammanhang (Holloway & Wheeler, 2010). Vidare understryker Holloway och Wheeler (2010) att forskarens förförståelse är en betydelsefull komponent i en kvalitativ studie. Som sjuksköterskestudenter har vi fått en

förförståelse både om hjärtinfarkt samt kring olika fenomen ingående i sjukdomsupplevelserna, under olika medicinska kurser och omvårdnadskurser. Men forskningens tillvägagångssätt kan iakttas genom en beskrivning av de olika delarna i den här litteraturstudien, till exempel analysen, för att få reda på att vår förförståelse inte bildar resultatet (Holloway & Wheeler, 2010).

Litteratursökningarna gjordes i databaser PubMed och CINAHL. Antalet databaser i litteratursökningen kan eventuellt betyda en svaghet för den här litteraturstudien. Enligt Willman et al. (2011) är de booleska sökoperatörerna AND och OR en styrka i denna litteraturstudie eftersom sökningen fokuserades inom ett begränsat område. Tidsgränsen för artiklarna var 2000-2018, och under arton år har forskningen om hjärtinfarkt utvecklats mycket. Men personliga upplevelser påverkas vanligen inte under kortare tidsperspektiv, och i de utvalda artiklarna skiljer sig inte beskrivningarna gällande kvinnors upplevelser under dessa år.

Kvalitetsgranskningen gjordes enligt ett protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (Willman et al., 2011). Endast studier med hög kvalitet valdes ut, vilket ökar vår studies tillförlitlighet då Bengtsson (2016) menar att studier bedömda som hög kvalitet har betydelse för tillförlitligheten. Studierna som ingår i analysen läste vi först oberoende av varandra, och innehållet diskuterades efteråt så att innehållsanalysen kunde utföras korrekt. Bengtsson (2016) menar att den oberoende läsningen är viktig för den kommande analysen. Under resultatets analys diskuterade vi fynd och tolkningar med vår handledare, och vid seminarier med andra lärare samt andra sjuksköterskestudenter för att ytterligare höja både trovärdighet och tillförlitlighet (jfr. Holloway & Wheeler, 2010). Analysprocessen utfördes upprepade gånger för att öka tillförlitlighet (Bengtsson, 2016). Vi uppmärksammade att studierna ingående i analysen hade blivit godkända av etisk kommitté (jfr. Holloway & Wheeler, 2010). Däremot finns det generellt en svaghet vad gäller kvalitativa studier, vilket betyder att det inte är möjligt att exakt veta tidpunkt när alla variationer av ett fenomen samlats in.

Det är viktigt att resultaten avspeglar verkligheten. Trovärdigheten innefattar följande dimensioner: bekräftbarhet, överförbarhet, tillförlitlighet och pålitlighet. Definitionen pålitlighet innebär en metodisk och stabil evidens. Genom vetenskapliga metoder som skapar förtroende för verkligheten i data, uppstår tillförlitlighet. Överförbarhet betyder att forskningsresultaten kan omplaceras till andra grupper eller miljöer. Bekräftbarhet betyder att forskningens resultat härleds från ursprungliga kontexter och forskarens bias undviks (Polit & Beck, 2012). Vi säkerställde detta i vår litteraturstudie genom att insamlade material överstämde med originalartiklarna. I den här litteraturstudien genomfördes varje steg flera gånger,

originalartiklarna läste vi oberoende av varandra och resultateten framkom efter diskussion. Resultatet av studierna som ingick i vår litteraturstudies resultat- och diskussionsdel är likadana och detta bekräftade vår litteraturstudies överförbarhet. Bekräftbarhet säkerställdes genom att vår litteraturstudies resultat motsvarade syftet. Vi gick tillbaka under hela arbetsprocessen och kontrollerade att textenheterna överstämde med originalartiklarna.

Slutsatser

Med den här litteraturstudien har vi kommit fram till att kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt upplever att tillvaron förändras och att de inte kan känna igen sina kroppar och att de förlorar sin självständighet. Kvinnorna som genomgått en hjärtinfarkt är rädda att återinsjukna och känner sig begränsade. Stöd gynnar hälsoprocessen och ökar välbefinnandet. Kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt behöver kontinuitet och att känna sig förberedda för att minska oron kring själva upplevelsen. För att få balans i det nya livet försöker de hitta en mening i sin nya situation och skapa nya strategier. För sjuksköterskor är det viktigt att förstå varje unik situation för att effektivt kunna utnyttja kvinnornas egna krafter. Sjuksköterskor måste skapa en motivation till att ta ansvar för sin egen hälsa. Vårdpersonal måste fokusera på att arbeta personcentrerat och utgå från kvinnornas individuella behov, och här kan teori kring egenvård och personcentrering fungera som verktyg. Vi anser att det behövs mer forskning som skapar en djupare kunskap och förståelse för de existentiella behov som kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt kan ha. Detta för att kunna ge bättre vård till kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt.

Referenser

Artiklar som ingått i analysen är markerade med *

Arnetz, J.E., & Zhdanova, L. (2015). Patient involvement climate: views and behaviors among registered nurses in myocardial infarction care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3), 475-485. doi:10.1111/jocn.12629

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus Open*. 2, 8-14. doi:10.1016/j.npls.2016.01.001

Berghammare, M., Dellborg, M., & Ekman, I. (2005). Young adults experiences of living with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 110(3), 340-347. doi:10.1016/j.ijcard.2005.08.006

Boysen, G.N., Herlitz, J., Sundström, M., & Christensson, L.(2017). Trust in the early chain of healthcare: Lifeworld hermeneutics from the patient's perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 2-12. doi:10.1080/17482631.2017.1356674

*Caldwell, P. Arthur, H.M., & Rideout, E. (2005). Lives of Rural Women After Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(1), 55-67. Från <http://eds.b.ebscohost.com.proxy.lib.ltu.se/eds/detail/detail?vid=6&sid=05ba3d48-67fa-44ca-8421-4dc607d27191%40sessionmgr4010&bdata=Jmxhbmc9c3Ymc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=106643319&db=c8h>

Coffey, L., Gallagher, P., Horgan, O., Desmond, D., & MacLachlan, M. (2009). Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation. *Diabetic Medicine*, 26(10), 1063-1067. doi:10.1111/j.1464-5491.2009.02802.x

Edward, K.-I. (2013). Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing*, 22(13), 741-746. doi:10.12968/bjon.2013.22.13.741

Fleury, J., Sedikides, C., & Lundsford, V. (2001). Women's Experience Following a Cardiac Event: The Role of the Self in Healing. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), 71-82. doi:10.1097/00005082-200104000-00006

Foa, C., Fuochi, G., & Fruggeri, L. (2015). Factors affecting women's well-being during the experience of acute myocardial infarction: a literature review. *Acta bio-medica:atenei parmensis*, 13(86), 51-61. doi:10.1161/circoutcomes.115.002611

*Gallagher, R., Marshall, A.P., Fisher, M.J., & Elliot, D. (2008). On my own: Experiences of recovery from acute coronary syndrome for women living alone. *Heart and Lung*, 37(6), 417-424. doi:10.1016/j.hrtlng.2007.12.007

Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K. (2016). Women's' help-seeking behavior during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 670-677. doi:10.1111/scs.12286

Hallberg, I., Ek, A.-C., Toss, G., & Bachrach-Lindström, M. (2010). A striving for independence: a qualitative study of women living with vertebral fracture. *BMC Nursing*, 9(7), 1-30. doi:10.1186/1472-6955-9-7

Helgeson, V.S., & Zajdel, M. (2017). Adjusting to Chronic Health Conditions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 545-571. doi:10.1146/annurev-psych-010416-044014

*Higginson, R. (2008). Women's help-seeking behavior at onset of myocardial infarction.

British Journal of Nursing, 17(1), 10-14. doi:10.12968/bjon.2008.17.1.28054

Holloway, L., & Wheeler, S. (2010) *Qualitative research in nursing and healthcare*. (3.uppl.). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

*Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonson, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1403-1411. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01622.x

*Johansson, A., & Ekeberg, 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(2), 100-108. doi:10.1080/17482620500494717

Johansson, P., Oléni, M., & Frilund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(4), 337-344. doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x

*Johansson Sundler, A., 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. doi:10.1177/1049732309331883

*Kristofferzon, M.-L., Lofmark, 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. doi:10.1111/j.1365-27.02.2005.01518.x

Kvigne, K., Kirkevold, M., Gjengedal, E. (2005). The nature of nursing care and rehabilitation

of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 897-905. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01164.x

Leuzzi, C., Sangiorgi, G. M., & Modena, M. G. (2010). Gender-specific aspects in the clinical presentation of cardiovascular disease. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 24(6), 711-717. doi: 10.1111/j.1472-8206.2010.00873.x

Machell, K.A., Kashdan, T.B., Short, J.L., & Nezlek, J.B. (2015). Relations between meaning in life, social and achievement events, and positive and negative affect in daily life. *Journal of Personality*, 83(3), 287-298. doi:10.1111/jopy.12103

Mayor, E. (2015). Gender roles and traits in stress and health. *Frontiers in Psychology*, 9(6), 779-786. doi:10.3389/fpsyg.2015.00779

Masters, K. (2011). *Nursing theories: a framework for professional practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Mejias, N., Gill, C.J., & Shpigelman, C.-N.(2014). Influence of a support group for young women with disabilities on sense of belonging. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 208-220. doi:10.1037/a0035462

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-1. doi:10.3912/OJIN.Vol16No02Man01

McCormack, B., & McCance, T. (2011). *Person-centred Nursing: Theory and Practice* [Elektronisk resurs](2nd ed.). Hämpad från

<https://books.google.se/books?id=xAsJwGcFH8QC&printsec=frontcover&hl=sv#v=onepage&q&f=false>

*McSweeney, J.C., Lefler, L.L., & Crowder B.F. (2005). What's Wrong With Me? Women's Coronary Heart Disease Diagnostic Experiences. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 20(2), 48-57. doi:10.1111/j.0889-7204.2005.04447.x

Norberg, A. (1997). Dagligt liv, hälsa och friskhet. I A. Norberg (Red.), *Omvårdnadens mosaik: en modell* (s.57-71). (1. uppl.) Stockholm: Liber.

*Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008). Safety and understanding: Support as experienced by women living with myocardial infarction in middle age. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(1), 39-51. doi:10.1080/17482620701714780

Pihl, E., Frilund, B., & Mårtensson, J. (2010). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 3-11. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x

Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg-Marttila, D., & Mattila, K. J. (2014). Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice*, 15(1), 1-14. doi:10.1186/1471-2296-15-98

Schenck-Gustafsson, K. (2009). Risk factors for cardiovascular disease in women. *Elsevier Maturias*, 63(3), 186-190. doi:10.1016/j.maturias.2009.02.014

*Schou, L., Jensen B.O., Zwisler A.D., & Wagner, L.(2008). Women's experiences with cardiac rehabilitation – participation and non – participation. *Nordic Journal of Nursing Research &*

Clinical Studies/Vård i Norden, 28(4), 24-28. doi:10.1177/010740830802800406

*Sjöström-Strand, A. & Frilund, B.(2007). Stress in women's daily life before after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 10-17.
doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00433.x

*Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T.(2010). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459-466.
doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (2004). *Jämnställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (u.å.). *Dina rättigheter i vård och omsorg*. Hämtad 08 mars, 2018, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/dinarattigheterivardochoomsorg>

*Stevens, S., & Thomas, S.P. (2012). Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction. *Health Care for Women International*, 33(12), 1096-1113. doi:10.1080/07399332.2012.684815

*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. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00915.x

Tobiano, G., Bucknall, T, Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2016). Patientens' perceptions of participation in nursing care on medical wards. *Scandinavian Journal of Caring*

Sciences, 30(2), 260-270. doi:10.1111/scs.12237

Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led Healthcare: Revisiting a Humanising Philosophy that Integrates Emerging Trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), 53-63. doi:10.1007/s11019-006-9012-8

Toombs, S. K. (1993[1992]). *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Tsay, A., Allen, T.J., Proske, U., Giummarra, M.J. (2015). Sensing the body in chronic pain: A review of psychophysical studies implicating altered body representation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 52(2), 221-232. doi:10.1016/j.neubjorev.2015.03.004

*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. doi:10.1080/13548500600971288

*Wieslander, I., Mårtensson, J., Frilund, B., & Svedberg, P. (2016). Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 1-11. doi:10.3402/qhw.v11.30633

Wikman, A., Marklund, S., & Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 450-454. doi:10.1136/jech.2004.025346

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (3.,[rev.]uppl.) Lund: Studentlitteratur.

