****

**Institutionen för hälsovetenskap**

**Psykosocial återhämtning hos kvinnor drabbade av hjärtinfarkt

En litteraturöversikt**

**Löfgren, Frida**

**Nilsson, Klara**

**Examensarbete (Omvårdnad, C) 15 hp**

**Mars 2011**

**Östersund**

**Abstrakt

Bakgrund:** En hjärtinfarkt påverkar den drabbades hälsouppfattning och det finns aspekter i kvinnors liv som påverkar återhämtningen. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa kvinnors upplevelser som påverkar psykosocial återhämtning efter hjärtinfarkt. **Metod:** Databassökningar gjordes via PubMed, Cinahl och PsycInfo. I litteraturöversikten inkluderades 14 artiklar som granskades, kvalitetsbedömdes och analyserades inspirerat av kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** En hjärtinfarkt sågs ofta som ett hot mot livet och frambringade många negativa känslor där oro var den mest tydliga. Sjuksköterskan uppfattades vara en trygg, fast punkt som informerade på ett bra sätt. Det fanns delade uppfattningar kring hjärtrehabiliteringsprogrammen eftersom de sällan var anpassade för kvinnor. Nära relationer var av stor betydelse för återhämtning men sågs ibland som en börda då de präglades av upplevda krav och överbeskydd. **Diskussion:** Tiden efter hjärtinfarkten gav många känslor hos både kvinnor och deras familjer. Kvinnor efterfrågade information och hjärtrehabiliteringsprogram anpassade för just deras livsvanor i och med att de idag arbetar i samma utsträckning som män men ändå har det största ansvaret för hemmets sysslor. **Slutsats:** Resultatets innehåll är viktigt att ta till sig som sjuksköterska och närstående. Individanpassad information för kvinnor är en viktig del i sjuksköterskans arbete kring kvinnor drabbade av hjärtinfarkt.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, hälsorelaterad livskvalitet, kvinnor, omvårdnad, psykisk hälsa.

**Psykosocial återhämtning hos kvinnor drabbade av hjärtinfarkt**

**En litteraturöversikt**

LÖFGREN, FRIDA

NILSSON, KLARA

Mittuniversitetet, Östersund

Institutionen för hälsovetenskap

Omvårdnad, C

Mars 2011

**INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

 **BAKGRUND ...................................................................................... 1**

**SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR …...................................... 3**

**METOD .............................................................................................. 3**

**Procedur ................................................................................................................ 4**

**Urval ...................................................................................................................... 4**

**Värdering .............................................................................................................. 6**

**Etiska överväganden ............................................................................................ 6**

**Analys .................................................................................................................... 6**

**RESULTAT ....................................................................................... 8**

**Att drabbas av hjärtinfarkt ................................................................................. 8**

**Information och sjuksköterskan roll *..................................................................* 9**

*Hjärtrehabiliteringsprogram ............................................................................... 10*

**Nära relationers betydelse ................................................................................. 12**

*Stöd från närstående ............................................................................................ 13*

*Omtanke gentemot närstående ............................................................................. 14*

**DISKUSSION .................................................................................. 15**

**Resultatdiskussion .............................................................................................. 15**

**Metoddiskussion ................................................................................................. 17**

**Slutsats…………………………..…………………………………................... 17**

**REFERENSLISTA .......................................................................... 19**

**Bilaga 1** (Modifierad bedömningsmall för studier med kvalitativ metod)

**Bilaga 2** (Översikt av inkluderade artiklar)

**Bilaga 3** (Översikt över vilka artiklar som återfinns under vilka teman)

**BAKGRUND**Hjärtinfarkt är en form av ischemisk hjärtsjukdom som innebär otillräcklig blodtillförsel till myokardiet och som orsakar oåterkallelig nekros av hjärtmuskelceller (Ericson & Ericson, 2008, s. 94). I Sverige drabbas ca 42 000 personer varje år och av dessa avlider ungefär 11 000 (Sundström, 2010, s. 27). Det finns en uppfattning i samhället om att kvinnor drabbas av hjärtinfarkt i lägre utsträckning än vad män gör. Många kvinnor föreställer sig dessutom att de inte kan drabbas och väntar därför längre än män innan de tar kontakt med vården. Dessa uppfattningar stämmer dock inte då kvinnor drabbas lika ofta men ungefär tio år senare i livet och risken att avlida är högre (Orth-Gomér, 2008).

Kvinnor har ofta en annan symtombild än den allmänna bilden då många beskriver andfåddhet och extrem trötthet, både med och utan klassiska bröstsmärtor, som vanliga symtom (Wenger, 2003). Ångest, illamående och kallsvettighet kan tillsammans med andfåddhet ibland vara de enda symtomen (Ericson & Ericson, 2008, s. 98).

Konsekvenser av en hjärtinfarkt kan vara sänkt livskvalité genom exempelvis stark sjukdomskänsla eller ökad sårbarhet. Detta kan leda till en reaktion där patienten behöver stöd och hjälp för att handskas med situationen. Nedstämdhet, depression och ångest är vanligt i efterförloppet, även svaghet och trötthet drabbar i synnerhet kvinnor och medför ofta att hon slutar med aktiviteter som var naturliga före insjuknandet (Ericson & Ericson, 2008, s. 112, 113). Eriksson, Asplund och Svedlund (2009) kunde påvisa att kvinnors hälsouppfattning påverkades i olika grad, vissa ansåg att de kunde leva på liknande sätt som före hjärtinfarkten medan andra kände att den påverkade och begränsade vardagen. Billing (2000, s. 96) menar att det kan vara svårt för kvinnor att veta hur de ska bete sig för att ändra det gamla livsmönstret och det kan behövas professionell hjälp för att utveckla strategier till att förbättra hälsan och att handskas med negativa känslor. Kvinnorna i From Attebring, Herlitz och Ekmans (2005) studie uppfattade eftervården som osäker och förvirrande. De tyckte att det var lång tid till första återbesöket och det skapade ångest samt osäkerhet att inte veta vad de skulle förvänta sig till följd av hjärtinfarkten och vad de skulle undvika för att inte drabbas igen.

Sjuksköterskans huvudsakliga ansvarsområden handlar om att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande (International Council of Nurses [ICN], 2002, s. 3). Sjuksköterska samt läkare bör ge upprepad, saklig information om det som inträffat och det är av betydelse att informationen har samma innehåll oavsett vem som ger den (Ericsson & Ericsson, 2008, s.112). På en del sjukhus erbjuds patienter en hjärtskola efter insjuknandet. Meningen med hjärtskola är att genom olika rehabiliteringsåtgärder hjälpa dem att anpassa vardagen efter sjukdomstillståndet (URL 1). Samtalsterapi i grupp tillsammans med andra patienter i liknande situation erbjuder deltagarna att dela sina tankar och sin oro över det som inträffat (Ericsson & Ericsson, 2008, s. 112). Hjärtskolan börjar redan på sjukhuset med övningar efter var och ens behov tillsammans med en sjukgymnast. Som en extra trygghet är alltid en sjuksköterska närvarande. Patienterna får möjlighet att lära känna sjukdomen och sin kropp bättre (Ericsson & Ericsson, 2008, s.112; URL 1). Rehabilitering syftar till att förbättra patientens funktionsförmåga och undanröja psykologiska hinder. Personalens roll är att tillföra stöd, kunskap och motivation för att patienten ska bli aktiv och självständig för att nå sina personliga mål (Socialstyrelsen, 2008). Med i programmet finns även kurator som bidrar med psykosocialt stöd och dietist som föreläser om kostens och blodfetternas betydelse. Efter utskrivning från sjukhus fortsätter hjärtskolan i fas två med träffar en gång i veckan där deltagarna tränar och samtalar tillsammans. Många beskriver hur upplyftande det är att få dela sina upplevelser med andra i liknande situation och att få ställa sina frågor (URL 1).

Det bekräftas av Hagan, Botti och Watts (2007) att stöd från familj och nära vänner, som en nära relation syftar till, bidrog till en känsla av mening och tillhörighet i livet vilken gav motivation för tillfrisknande och tillämpning av nödvändiga livsstilsförändringar. Nationalencyklopedin förklarar en nära relation som ett ömsesidigt förhållande mellan två eller flera personer som bygger på känslor där de som ingår i relationen både ger och tar emot exempelvis omtanke och uppmärksamhet (URL 2).

I en review visar Abbey och Stewart (2000) att det finns unika aspekter i kvinnors liv som kan påverka återhämtning efter hjärtinfarkt då kvinnor enligt empiriska undersökningar har minst det dubbla ansvaret för hemmet i jämförelse med män. Kvinnans roll som den omhändertagande och ansvariga för hushållet rubbas när hon blir sjuk och det kan vara svårt att anpassa sig till att vara den som istället behöver omsorg. Kvinnor återgår ofta till sina hushållssysslor direkt efter utskrivning då de känner ett ansvar gentemot familjen och är angelägna om att anpassa sig till andra istället för att tänka på sina egna behov.

Kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt och deras situation i samhället har fått lite uppmärksamhet och därför var detta ett intressant ämne att belysa.

**SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa kvinnors upplevelser som påverkar psykosocial återhämtning efter hjärtinfarkt.

- Vilka sociala faktorer påverkar den psykiska återhämtningen hos kvinnor efter hjärtinfarkt?

- Hur skulle kvinnors psykosociala återhämtning kunna stödjas av sjuksköterska?

**METOD**En litteraturöversikt gjordes genom att resultatet från 14 befintliga studier sammanställdes. Valet av texterna utfördes systematiskt, vilket innebär att endast primärkällor granskades (Axelsson, 2008, s. 173). Sökstrategin beskrivs för att kunna identifiera artiklarna som använts, dessutom redovisas inkluderings- samt exkluderingskriterier. Artiklarna analyserades och kvalitetsgranskades (Forsberg & Wengström, 2008, s. 30-32). Axelsson (2008, s. 173) redogör för hur stort behovet av översikter över befintlig forskning är, då mängden publicerade artiklar inom vård och omvårdnad ständigt eskalerar.

**Procedur**Vetenskapliga artiklar söktes i PubMed, Cinahl och PsycInfo (tabell 1) utifrån MeSH-termerna myocardial infarction, nursing, qualitative research, quality of life, social support, Sweden och women samt frisökningstermerna adaptation, discharge, experiences, information och women`s health. Orden varierades i olika konstellationer för att hitta nya artiklar. Manuell sökning gjordes utifrån referenslista tillhörande Kristofferzon, Löfmark och Carlsson, (2007) där en artikel valdes ut; Svedlund och Danielsson, (2004), utifrån referenslista tillhörande Kristofferzon, Löfmark och Carlsson, (2008) valdes Johansson, Dahlberg & Ekebergh, (2003) och utifrån referenslista tillhörande Askham et al., (2010) valdes Day och Batten, (2006).Dessutom erhölls två artiklar efter tips; Caldwell, Arthur och Rideout, (2005) och Sjöström- Strand, Ivarsson och Sjöberg, (2010).

**Urval**Inklusionskriterier var kvalitativa originalartiklar som handlade om vuxna kvinnor (>19 år) drabbade av hjärtinfarkt. Artiklarna skulle presentera resultatet utifrån ett patientperspektiv och belysa kvinnors psykiska hälsa, de kunde även innefatta män och partner men resultatet skulle visa tydligt på vad som var kvinnors åsikter. Artiklar skulle vara publicerade på engelska och utgivna år 2000-2011. Kvantitativa artiklar, artiklar som presenterade resultatet för män och kvinnor gemensamt så att det inte framgick vad som var kvinnors åsikter samt artiklar med medicinsk inriktning exkluderades. Många artiklar förkastades efter läst titel då artikeln redan valts ut vid tidigare sökning, eller förkastades efter läst abstrakt då metoden visade sig vara kvantitativ.

Tabell 1. Översikt av litteratursökningar gjorda mellan 2010.11.18–2011.01.27

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Databas | Sökord | Limits | Antal träffar | Förkastade | Antal valda | Författare/årtal |
| 2010.11.18 | Cinahl | Myocardial infarction AND quality of life | Abstract, 45-64 years, 2000-2010. | 39 | 38\*\* | 1 | Kristofferzon, Löfmark & Carlsson (2007)  |
| 2011.01.24 | Pubmed | Myocardial infarction AND women AND information AND social support AND nursing | English, female, middle aged: 45-64 years, last 10 years | 28 | 25\*2\*\* | 1 | Askham, Kuhn, Fredriksen, Davidson, Edward & Worrall- Carter (2010) |
| 2011.01.24 | Cinahl | Myocardial infarction AND Sweden AND social support | Female, 2000-2011, middle aged: 45-64 years | 18 | 5\*11\*\* | 2 | Bergman & Berterö (2003), Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam (2009) |
| 2011.01.26 | Pubmed | Myocardial infarction AND Sweden AND adaptation | Abstract, last 10 years, humans, English, middle aged: 45-64 years | 21 | 18\*2\*\*\* | 1 | Kristofferzon, Löfmark & Carlsson (2008) |
| 2011.01.27 | Cinahl | Myocardial infarction AND nursing AND women AND social support | Female, 2000-2011, middle aged: 45-64 years, abstract | 5 | 3\*1\*\* | 1 | Schou, Østergaard Jensen, Zwisler & Wagner (2008) |
| 2011.01.27 | Cinahl | Women´s health AND myocardial infarction AND experiences AND qualitative research | 2000-2011 | 7 | 6\* | 1 | Jackson, Daly, Davidson, Elliot, Cameron- Traub, Wade, Chin & Salamonson (2000) |
| 2011.01.27 | PubMed | Myocardial infarction AND women AND nursing AND adaptation AND qualitative research | Female, middle aged: 45-64 years, published in the last 10 years | 19 | 13\*5\*\* | 1 | Mendes, Roux & Ridosh (2010) |

\*Antal förkastade efter läsning av titel

\*\*Antal förkastade efter läsning av abstrakt

\*\*\* Antal förkastade efter kvalitetsbedömning

**Värdering**
Samtliga artiklar är granskade efter kvalitativ granskningsmall enligt Carlsson och Eiman (2003), (bilaga 1). Lungcancersjukdom ändrades mot att patienterna i studierna skulle ha varit drabbade av hjärtinfarkt. Av 18 granskade artiklar valdes 14 ut till resultatet, alla artiklar är kvalitativa. De med lägre kvalitetsbedömning än andra graden förkastades. En sammanställning av inkluderade artiklar finns presenterad i tabell 2, (bilaga 2).

**Etiska överväganden**
Artiklarna är objektivt utvalda oberoende av vad resultatet visar. Utvalda artiklar har ett etiskt resonemang vilket var ett krav i granskningen. Texten är analyserad och nedskriven på ett textnära sätt för att inte förvanska ursprungsinnehållet.

**Analys**Analysen inspirerades av kvalitativ innehållsanalys vilken fokuserar på tolkning och granskning av texter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 159, 160), i detta fall resultatet ur redan befintliga studier. Resultatet analyserades genom att texterna först lästes upprepade gånger för att få en helhetsbild. Varje studie märktes med en id-siffra där 1 stod för den första studien och så vidare. Meningar som hörde ihop genom sitt innehåll och svarade på studiens frågeställningar plockades ut till meningsenheter, kondenserades och kodades (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 163, 165). Koderna sorterades in i olika bokstäver som stod för eventuella framtida teman och subteman. Detta genomfördes individuellt av författarna för att sedan diskuteras gemensamt. Utifrån denna sortering bildades två teman; information och sjuksköterskans roll samt nära relationers betydelse. Ur dessa teman bildades subteman; hjärtrehabiliteringsprogram, omtanke gentemot närstående samt stöd från närstående. Ytterligare ett tema bildades då det fanns koder som inte passade ihop med några av de andra temana; att drabbas av en hjärtinfarkt, detta tema blev inledningen av resultatet.

Tabell 3. Exempel på bearbetning av materialet

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Id | Meningsenhet | Kondensering | Kod | Sortering | Tema | Subtema |
| 1 | When women spoke about their network, they mentioned many network members who encouraged them and contributed to their sense of security. | Många i nätverket uppmuntrade och bidrog till känsla av trygghet. | Nätverket | R | **Nära relationers betydelse** |  |
| 6 | When asked about the support they needed, most participants talked about needing help with activities of daily living and emotional support. | De ansåg att de behövde stöd i dagliga aktiviteter samt emotionellt stöd. | Stöd från närstående | R |  | *Stöd från närstående* |
| 6 | …the family appeared important for these women. One woman described the importance of her being able to maintain the caretaking role she had held throughout her married life… | Kvinnorna ansåg att det var deras ansvar att planera för familjen och vara den omhändertagande personen. Det var skönt att få tillbaka den rollen i familjen.  | Ansvar gentemot närstående | R |  | *Omtanke gentemot närstående* |

**RESULTAT**Totalt 14 artiklar ingår i resultatet, varav alla är kvalitativa. Studierna var gjorda i Sverige (n=8), Danmark (n=2), Australien (n=2), Canada (n=1) och USA (n=1). Resultatet delades in i tre teman och tre subteman (figur 1). För översiktstabell över vilka artiklar som tas upp under respektive tema och subtema se tabell 4 (bilaga 3).

**Nära relationers betydelse**

**Information och sjuksköterskans roll**

**Att drabbas av hjärtinfarkt**

*Omtanke gentemot närstående*

*Stöd från närstående*

*Hjärtrehabiliteringsprogram*

*Figur 1. Översikt av teman och subteman.* **Att drabbas av hjärtinfarkt**
Att drabbas av hjärtinfarkt sågs som ett hot mot livet (Schou, Østergaard Jensen, Zwisler & Wagner, 2008) och den första tiden karakteriserades av känslor som rädsla, osäkerhet och emotionell instabilitet (Jackson et al., 2000; Sjöström- Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2010). De drabbade kände sig oroliga över att behöva leva med en kronisk sjukdom som gjorde framtiden osäker (Jackson et al., 2000). Det centrala i återhämtningsprocessen för att anpassa sig till det nya livet efter hjärtinfarkten handlade om att se saker i ett nytt perspektiv (Day & Batten, 2006). Kvinnor kämpade med övergången från sitt gamla jag till den nya identiteten efter hjärtinfarkten. De påmindes om sina svagheter och livet blev inte lika självklart, de blev tvungna att leva med känslan av att befinna sig nära döden och vetskapen om att livet snabbt kan ta slut ledde till känslor av rädsla, ångest och respekt för livet. Detta orsakade lidande eftersom de inte längre kunde lita på sin kropp (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003; Mendes, Roux & Ridosh, 2010; Sjöström- Strand et al., 2010). Dessa känslor tillsammans med brist på kunskap om sjukdomen var orosmoment som påverkade hälsan negativt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007) och ledde till att vardagens aktiviteter begränsades (Mendes et al., 2010).

Kvinnor kände sorg, förlust och skuld över att inte orka med vardagen på samma sätt som före hjärtinfarkten och såg det som ett misslyckande att de blivit sjuka (Askham et al., 2010; Sjöström- Strand & Fridlund, 2007; Svedlund & Danielsson, 2004). Samtliga i Schou et al.:s (2008) studie upplevde depression, kraftlöshet, ångest och isolering som en konsekvens av sjukdomen.

**Information och sjuksköterskans roll**
För att kvinnor skulle klara av vardagen igen efter utskrivning behövdes stöd och information från vården (Johansson et al., 2003). Första informationen var svår att ta till sig då de var trötta och tagna av situationens allvar. Till en början var det lättast att ta till sig information som visades på film då de var för trötta för att orka läsa (Askham et al., 2010). Kristofferzon et al. (2007) fann dessutom att information ofta kom från många olika håll vilket gjorde det betydelsefullt att den upprepades både skriftligt och muntligt.

Sjuksköterskan var väldigt uppskattad, lätt att föra en dialog med och förklarade på ett bra sätt. Dessutom stod hon för kontinuitet, trygghet och praktisk hjälp som kvinnor hade behov av (Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon Löfmark & Carlsson, 2008).

*“She (nurse) was so good at explaining… he (physician) wanted me to ask – I didn’t know what…. She told me things and then she asked me and then I asked her (questions)… very good.”* (Kristofferzon et al., 2007, p. 397)

Enligt Johansson et al. (2003) ansåg kvinnor att stöd och råd som de fick från sjukhuset var alltför standardiserade. Råd blev till krav som lade press på dem vilket fick dem att känna sig ensamma och övergivna. Dessutom gjorde allt för många rekommendationer det svårt att avgöra vad som var viktigast och vilka förändringar som egentligen skulle kunna förhindra ny hjärtinfarkt. Sjöström- Strand et al. (2010) kom fram till att brist på information från vårdpersonal bidrog till osäkerhet hos kvinnor och ansåg att frågor inte besvarades så att de förstod. Enligt Askham et al. (2010) och Jackson et al. (2000) upplevdes informationen som otillräcklig och kändes inte tillförlitlig. För lite information om hur kvinnor själva kunde förändra sin situation förvärrade känslan av utmattning och ångest. Dessutom blev de begränsade i sin vardag av rädsla för att ta i för mycket och därmed drabbas av ny hjärtinfarkt. Detta ledde till att vissa kvinnor själva började söka efter information från olika källor. Specifik information anpassad för kvinnor efterfrågades.

*“I have been thinking that I will make it a habit to go for walks, but I, it must wait since I don’t know how much strain I can put on myself. So I must just wait until after I have been to see the CR nurse. I don’t* *want to go through that again.”* (Askham et al., 2010, p. 1356)

Enligt Jackson et al. (2000) var behovet av information fortfarande stort tre veckor efter utskrivning. Kvinnor ville ha svar på frågor rörande dieter, hjärtinfarktens lokalisering och eventuella skador på hjärtat. Enligt Sjöström-Strand och Fridlund (2007) erbjöds de inte det stöd de ansåg att de blivit lovade från sjukvården.

*Hjärtrehabiliteringsprogram*
Flera kvinnor i Jackson et al.:s (2000) studie var osäkra på om ett hjärtrehabiliteringsprogram (här HRP) skulle tillföra dem något och endast en hade bestämt att hon ville delta. Enligt Askham et al. (2010) valde de flesta att inte delta i det HRP som pågick 4-5 veckor efter utskrivning då de inte upplevde det som användbart. Sjöström- Strand et al. (2010) kom fram till att endast ungefär hälften erbjöds att delta.

De flesta kvinnor i Day och Batten:s (2006) studie deltog i HRP fas två. Enligt Schou et al. (2008) deltog de för att få hjälp med att komma över krisen och slippa gå igenom den ensam. HRP tillät dem att gå vidare med sina liv och hjälpte dem att förändra sin livsstil, vilket kunde förebygga ny hjärtinfarkt.

*“I was sure that I would benefit from it [ed. the programme] and that way I didn’t have to face it all alone but could fight it with others during rehabilitation.”* (Schou et al., 2008, p. 25)

En kvinna såg HRP som en möjlighet till att bygga ett socialt nätverk samtidigt som det gav energi som gjorde att hon orkade stödja andra (Schou et al., 2008). Samtidigt kände de som deltog i HRP en trygghet och ett stöd från andra kvinnor som deltog (Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008).

*”…you hear how the others are doing and are feeling and how they’ve experienced it…went on for a year…so as not to go backwards.”* (Kristofferzon et al., 2008, p. 371)

Däremot ansåg kvinnorna i Day och Batten:s (2006) studie att de fick för lite stöd från andra gruppmedlemmar och kände sig ensamma samt att de inte hade någonting gemensamt med andra deltagare. Enligt Sjöström-Strand och Fridlund (2007) hade särskilt yngre kvinnor denna uppfattning då de upplevde det som att den ena kvinnan var sjukare än den andra.

Stödet från rehabiliteringssjuksköterskan som gav dem mer kunskap om hjärtinfarkten hjälpte kvinnor att känna sig oberoende, mera bekväma och stärkta i sig själva (Mendes et al., 2010). Dessutom kände de flesta att rehabiliteringssjuksköterskan var mer tillgänglig än sjuksköterskan på vårdavdelningen de legat på direkt efter insjuknandet. Stödet upplevdes dock hos vissa som ojämnt fördelat då somliga besöktes i hemmet upprepade gånger och andra inte alls, trots att de hade liknande behov (Day & Batten, 2006).

Innehållet i olika HRP upplevdes för det mesta lika men informationen varierade. Programmet fokuserade på att informera om livsstilsförändringar och vilka orsaker som kan vara bidragande till hjärtinfarkt men deltagarna ansåg att informationen inte tog upp hur dessa livsstilsförändringar skulle tillämpas (Day & Batten, 2006). Vissa motionerade inte förrän de började på HRP av rädsla för ny hjärtinfarkt då de inte visste hur mycket de vågade anstränga sig (Askham et al., 2010). De ställde inga frågor eftersom de kände sig obekväma och ansåg att de ändå fick svar på sina frågor då andra, oftast män, ställde dem (Day & Batten, 2006). De som hade möjlighet att delta i HRP för endast kvinnor tyckte att det var anpassat efter kvinnors behov (Sjöström- Strand et al., 2010).

Anledningar till att inte delta var arbete, de visste inte om de tyckte det var värt att ta ledigt (Bergman & Berterö, 2003; Day & Batten, 2006), tiden passade inte, det var för långt bort, de var för lata eller så hade kvinnorna inte körkort (Kristofferzon et al., 2007). De som inte deltog såg inte hjärtinfarkten som livshotande och tyckte att de kunde gå vidare med sina liv utan ytterligare stöd efter utskrivning (Schou, et al., 2008).

Enligt Sjöström- Strand et al. (2010) hade kvinnor velat ha fortsatt kontakt med hjärtrehabiliteringspersonal ett år efter hjärtinfarkten för fortsatt stöd och vägledning i arbetet med att förändra vardagen. Det fanns dock ingen möjlighet till detta.

**Nära relationers betydelse**
Enligt Kristofferzon et al. (2008) var det viktigaste efter hjärtinfarkten att helt kravlöst bara få umgås med sina närstående och inte tvingas till något. Nära relationer var av stor betydelse för god återhämtning (Caldwell, Arthur & Rideout, 2005) och främjade läkandeprocessen efter hjärtinfarkten (Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Enligt Askham et al. (2010) och Johansson Sundler et al. (2009) ansåg även de som inte hade någon partner att nära relationer är betydelsefulla och det absolut viktigaste i livet.

En nära relation kunde göra att livet kändes meningsfullt och fick kvinnor att känna sig starka, lyckliga och nöjda med livet, samtidigt kunde sämre relationer stjäla energi. I samband med hjärtinfarkten kunde en relation utsättas för prövningar men osäkerhet runt sjukdomen gjorde relationen ännu viktigare än tidigare. Kvinnor märkte att det var svårt att upprätthålla alla relationer som de haft tidigare, då de nu prioriterade annorlunda i livet. En kvinna berättade att hon efter hjärtinfarkten sällan blev tillfrågad att följa med på olika aktiviteter som vännerna skulle iväg på (Johansson Sundler et al., 2009). Även om hjärtinfarkten begränsade kvinnors fysiska aktivitet och gjorde det svårt att träffa nya människor (Caldwell et al., 2005) beskrev några en stark önskan av att få kontakt med andra kvinnor i liknande situation för att få stöd och mening i livet (Mendes et al., 2010).

*”Well, they no longer ask if I want to go to a concert, for example, or if I want to go here or there, or anywhere. . . . They probably think it’s hard, because they are afraid something will happen to me, and that they will be responsible. . . . They don’t say it, but it’s there between the lines anyway.”* (Johansson Sundler et al., 2009, p. 380)

*Stöd från närstående*
Samtidigt som goda relationer gav närhet, glädje och styrka bidrog de också till känslor av ansvar, krav och ensamhet (Johansson Sundler et al., 2009). Efter hjärtinfarkten uppstod ett behov av emotionellt stöd och tanken på att vara ensam bidrog till att kvinnor kände sig otrygga (Askham et al., 2010). Det var viktigt för dem att veta att de hade någon att kontakta när de ville dela med sig av sin rädsla för framtiden (Sjöström- Strand et al., 2010) och sin oro över hur sjukdomen påverkade familjen (Jackson et al., 2000). En del kvinnor drabbades av depression och upplevde att samtliga i familjen var stressade av situationen (Mendes et al., 2010). De kände att de hade många anhöriga som brydde sig om dem men att en del hade en överbeskyddande attityd. De kände sig tvungna att rapportera dagens aktiviteter (Kristofferzon et al., 2007; Sjöström- Strand & Fridlund, 2007; Svedlund & Danielsson, 2004) vilket förstärkte sjukdomskänslan (Bergman & Berterö, 2003). Det var jobbigt för dem att inte längre vara starkast i hemmet (Svedlund & Danielsson, 2004). De ville inte bara sitta hemma och vila (Sjöström- Strand & Fridlund, 2007), utan ville själva bestämma vad de skulle åta sig för aktiviteter (Svedlund & Danielsson, 2004).

Kvinnor kände sig trygga med att ha sina vuxna barn boende i närheten som snabbt kunde komma till hjälp om det skulle behövas (Sjöström- Strand et al., 2010). Familjen stod för trygghet, ömhet och praktiskt stöd (Jackson et al., 2000; Kristofferzon et al., 2008). Kvinnor fick mer hjälp av partnern efter hjärtinfarkten då mannen tog mer ansvar i hushållet (Bergman & Berterö, 2003), även om de kände sig tvungna att berätta vad som behövde göras (Svedlund & Danielsson, 2004). De kände dock att de inte kunde ställa för stora krav eftersom han var ett betydelsefullt stöd efter hjärtinfarkten (Caldwell et al., 2005). Stöd anpassades till vad de kunde eller ville göra för tillfället (Kristofferzon et al., 2008; Svedlund & Danielsson, 2004) och det var en ny erfarenhet att få hjälp eftersom de var vana vid att sköta hushållet själva (Caldwell et al., 2005; Johansson Sundler et al., 2009). Det var skönt för dem att återfå ansvaret för sysslorna efterhand (Askham et al., 2010) eftersom de hade tvekat inför det direkt efter hjärtinfarkten (Jackson et al., 2000). Dessutom blev de sällan nöjda med resultatet när någon annan utfört dem (Schou et al., 2008).

Många kvinnor upplevde att det var svårt att förändra sin livsstil utan stöd från anhöriga och fick inte det stöd de var i behov av (Askham et al., 2010; Kristofferzon et al., 2007; Sjöström- Strand et al., 2010). Däremot fann Schou et al. (2008) att alla kände ett stort stöd från sina familjer att delta i det hjärtrehabiliteringsprogram som erbjöds.

För de som levde i nära relation med andra var det viktigt att få stöd i att ibland vara ensam, ensamhet kändes i vissa situationer som en befrielse. En kvinna förklarade att ensamhet gav henne styrka att orka med sig själv och andra (Johansson Sundler et al., 2009).

*”You can probably only appreciate loneliness if you have good relationships otherwise, I think. I mean, if you don’t have any good relationships, loneliness is a torment, I think.”* (Johansson Sundler et al., 2009, p. 380)

*Omtanke gentemot närstående*
Kvinnor beskrev vissa relationer som givande och krävande på samma gång (Johansson Sundler et al., 2009).

*”… that through the choices I’ve made in life, it has come to me that I have to fulfill my duties, or how to say it… No, but I have, for example, chosen to have children, I have chosen to have four children, and this forces me to not abandon them, in order to give them a chance to have a good life.”* (Johansson Sundler et al., 2009, p. 379)

Kvinnor ansåg att det var deras ansvar att planera för familjen och vara den omhändertagande personen vilket ledde till att de gjorde mer än vad de egentligen orkade för att inte vara en börda för familjen. Samtliga försökte skydda sina familjer från att oroa sig och försökte behålla sin roll som mor och mormor för att inte visa hur de egentligen mådde (Askham et al., 2010; Schou et al., 2008). De diskuterade heller inte sina upplevelser som kom av hjärtinfarkten av omtanke och rädsla för att oroa sina anhöriga eller uppfattas som gnälliga (Svedlund & Danielsson, 2004).

**DISKUSSION**
**Resultatdiskussion**
Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa kvinnors upplevelser som påverkar psykosocial återhämtning efter hjärtinfarkt. Resultatet visar att hjärtinfarkt ofta ses som ett hot mot livet och frambringar många negativa känslor där oro är den mest tydliga. Eriksson et al. (2009) håller med om att en del kvinnor var oroliga eftersom de inte längre kunde lita på sitt hjärta och därför exempelvis inte vågade somna på kvällen. Dessutom styrker Lane, Carroll, Ring, Beevers och Lip (2002) med en kvantitativ studie att cirka 26% av deltagarna uppvisade stark ångest och oro och de fann depressiva symtom hos cirka 30%.

För drabbade kvinnor präglades tiden efter hjärtinfarkten av många känslor som påverkade vardagen hos hela familjen. Enligt Eriksson och Svedlund (2006) överraskades familjen av hur sjukdomen intog deras liv och hur de var tvungna att begränsa vardagen för den drabbades skull. Många upplevde det som omöjligt att lämna den sjuke hemma ensam av oro för att något skulle hända.

I dagens samhälle arbetar de flesta kvinnor i samma utsträckning som män, trots det har många kvinnor fortfarande största ansvaret för sysslorna i hemmet. Detta tror vi i många fall kan ge en stressig vardag. I resultatet framkom därför att många kvinnor efterfrågade en annan sorts information anpassad för deras livsvanor. Nära relationer till familj och vänner var den viktigaste faktorn i tillfrisknandet även om relationer ibland också ställde krav, kändes övermäktiga och präglades av upplevt överbeskydd. Även Hildingh, Fridlund och Lidell (2007) fann att kvinnor var starkt inriktade på att vara den omhändertagande personen. Oavsett om de arbetade eller inte var de den som hade det övergripande ansvaret för hemmet. De försökte ignorera att de egentligen behövde hjälp både för att de ville behålla sin självständighet men också för att inte lägga över arbetet på andra.

Resultatet visar att sjuksköterskan uppfattades vara en trygg, fast punkt som förklarade på ett bra sätt. Trots det saknades tydlig och individanpassad information om hjärtinfarkten, vilken bidrog till osäkerhet. Detta har även Hildingh et al. (2007) funnit och många ansåg att informationen endast var utformad för män. Kvinnor beskrev hur de försökte få sina frågor besvarade men blev ignorerade och vissa upplevde att sjuksköterskorna följde journalen utan att ta patientens perspektiv i beaktande. I en kvantitativ studie utförd av Arnetz, Winblad, Arnetz och Höglund (2007) framkom det att 90% av sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att patienterna fick tydlig information och 70% tyckte det var viktigt att patienterna fick ställa frågor. Sjuksköterskan tog betydligt mer tid till att förklara för patienten varför och hur olika procedurer skulle gå till än annan vårdpersonal. Det avslöjades dock att endast 44% försökte motivera dem till att ta ansvar för sin framtida hälsa.

Resultatet visar att ett HRP kan vara ett stöd i återhämtning efter hjärtinfarkt. Nästan alla informanter ville delta i någon form av gruppverksamhet för att få stöd av andra i samma situation. Många ansåg dock att HRP var för inriktat mot män utifrån deras tillstånd och sällan anpassat för kvinnor, något som därför efterfrågades. Hildingh et al. (2007) styrker dessa upplevelser och fann även att det var dålig information om att programmet existerade och därför hade många kvinnor inte fått möjlighet att delta.

**Metoddiskussion**Målet för studien var att enbart använda svenska artiklar till resultatet och för att få ett beskrivande resultat utifrån deltagarnas upplevelser begränsades artikelurvalet till endast kvalitativa. Dock fanns inte tillräckligt många svenska artiklar så sökningen utökades till att omfatta hela världen, i slutändan användes åtta svenska artiklar vilket författarna anser är en styrka för att kunna applicera resultatet på den svenska, kvinnliga befolkningen. Levnadsstandarden i länderna av återstående sex artiklar liknar den svenska och är därmed inte en nackdel för trovärdigheten i resultatet. Alla utvalda artiklar höll den kvalité som nämnda värderingskriterier angav.

Till en början uppstod svårigheter att hitta rätt formulering av sökord för att täcka syftets innebörd. Trots många sökningar med olika konstellationer av sökord på tre databaser kunde inte fler artiklar hittas, detta anser författarna ökar trovärdigheten i och med att de kvalitativa artiklar som finns inom ämnet bör ha hittats. En avgränsning gjordes genom att välja medelåldern 45-64 år för att främst fokusera på i övrigt friska kvinnor. Vid omsökning på utvalda artiklar kunde inte Askam et al.:s (2010) artikel hittas.

En styrka i studien är att analysen hela tiden har skett individuellt för att sedan ha diskuterats gemensamt. I analysen framkom dock intressant resultat som inte var aktuellt för studiens syfte och frågeställningar. Detta har därför inte redovisats i resultatet vilket kan vara en svaghet, men ger utrymme för fortsatta studier.

**Slutsatser**Det behövs tydlig och individanpassad information till kvinnor om hjärtinfarktens påverkan på deras liv, framförallt angående vad de ska förvänta sig i efterförloppet och vad de själva kan göra för att förbättra sin psykiska hälsa. Sjuksköterskan är en viktig komponent i detta arbete och behöver få mer kunskap om kvinnors upplevelser för att förstå sitt ansvar.

Relationen till närstående är ett viktigt stöd och vården behöver inkludera dem i informationsarbetet, detta för att de på bästa sätt ska bli kapabla att hjälpa kvinnor att förstå sina begränsningar och låta dem ta över det arbete kvinnor inte orkar med.

Resultatets innehåll är viktigt att ta till sig som sjuksköterska och närstående men det skulle också vara intressant att studera andra faktorer som kan hjälpa kvinnor till återhämtning såsom arbetskamrater eller andliga relationer.

**REFERENSER**

\*Indikerar referenser som utgör resultatdelen.

Abbey, S. A., & Stewart, D. E. (2000). Gender and psychosomatic aspects of ischemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research, 48,* 417-423.

Arnetz, J. E., Winblad, U., Arnetz, B. B., & Höglund, A. T. (2007). Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing 7*, 113–120.

\*Askham, J., Kuhn, L., Frederiksen, K., Davidson, P., Edward, K-L., & Worrall-Carter, L. (2010). The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing, 19,* 1352–1361.

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund- Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (*pp*. 173-188). Lund: Studentlitteratur.

\*Bergman, E., & Berterö, C. (2003). ‘Grasp life again’. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 2,* 303-310.

Billing, E. (2000). Psykosociala faktorers betydelse för prognosen vid kranskärlssjukdom. I E. Billing (Red.), *Psykosociala perspektiv på kranskärlssjukdom* (*pp*. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

\*Caldwell, P., Arthur, H. M., & Rideout, E. (2005). Lives of Rural Women

After Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Nursing Research, 37,* 54-67.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad.* Studiematerial för undervisning inom projektet ”Evidensbaserad omvårdnad- ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola”. Malmöhögskola, hälsa och samhälle, Avdelningen för omvårdnadsvetenskap.
\*Day, W., & Batten L. (2006). Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing, 24*, 21-26.

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerande medicinska sjukdomar* (3:e rev. Uppl.)*.* Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2009). Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 8,* 267-273.

Eriksson, M., & Svedlund, M. (2006). ‘The intruder’: spouses’ narratives about life with a chronically ill partner. *Journal of Clinical Nursing, 15,* 324–333.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteratur studier.* Stockholm: Natur och kultur.

From Attebring, M., Herlitz, J., & Ekman, I. (2005). Intrusion and confusion—the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4,* 153-159.

Hagan, N. A., Botti, M. A., & Watts, R. J. (2007). Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. *Heart & Lung, 36,* 105-113.

Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2007). Women’s experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis. *Heart & Lung, 36,* 410–417.

International Council of Nurses. (2002). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

\*Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliot, 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,* 1403-1411.

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

\*Johansson 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,* 375-387.

\*Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing 16,* 391–401*.*
\*Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial Infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science, 22,* 367-375.

Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. H. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology, 7*, 11–21.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (*pp*. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

\*Mendes, B., Roux, G., & Ridosh, M. (2010). Phenomenon of Inner Strength in Women Post–Myocardial Infarction. *Critical Care Nursing, 33,* 248-258.

Orth-Gomér, K. (2008). *Kvinnors hjärtan och lungor – En temaskrift från hjärt-lungfonden.* Stockholm: Karolinska Institutet.

\*Schou, L., Østergaard Jensen, B., Zwisler, A. D., & Wagner, L. (2008). Women’s experiences with cardiac rehabilitation – participation and non-participation. *Vård i Norden, 28,* 24-28.

\*Sjöström- Strand, A., & Fridlund, B. (2007). Stress in women’s daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science, 21,* 10-17.

\*Sjöström- Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2010). Women’s experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 1-8.

Socialstyrelsen. (2008). *Re/habilitering.* (Samverkan i re/habilitering – en vägledning, s. 19). Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundström, J. (2010). Epidemiologi och primärprevention. I L. Wallentin & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom* (*pp*. 26-38). Stockholm: Liber.

\*Svedlund, M., & Danielsson, E. (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing, 13,* 438–446.

Wenger, N. K. (2003). Coronary Heart Disease: The Female Heart Is Vulnerable. *Progress in Cardiovascular Diseases, 46,* 199-229.

**Elektroniska referenser**
(URL 1)
Västra Götalandsregionen 1177 (2010)
<http://vard.vgregion.se/sv/Teman1/Var-radd-om-ditt-hjarta/Hjartskola-ger-trygghet/>
Hämtad: 2011-02-23

(URL 2)
Nationalencyklopedin (2011)
<http://www.ne.se/enkel/relation>
Hämtad: 2011-02-23

**Modifierad bedömningsmall för studier med kvalitativ metod**

baserad på Karlsson och Eiman (2003)

**Poängsättning 0 1 2 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Abstrakt** (syfte, metod, resultat=3p) | Saknas | 1/3 | 2/3 | Samtliga |
| **Introduktion**  | Saknas | Knapphändig | Medel | Välskriven |
| **Syfte**  | Ej angivet | Otydligt | Medel | Tydligt |
| **Metod** |  |  |  |  |
| Metodval adekvat till frågan  | E j angiven | Ej relevant | Relevant |  |
| Metodbeskrivning(repeterbarhet möjlig)  | Ej angiven | Knapphändig | Medel | Utförlig |
| Triangulering  | Saknas | Finns |  |  |
| Urval (antal, beskrivning,representativitet)  | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Patienter drabbade av hjärtinfarkt | Ej undersökt | Liten andel | Hälften | Samtliga |
| Bortfall  | Ej angivet | > 20 % | 5-20 % | < 5 % |
| Bortfall med betydelse för resultatet  | Analys saknas / Ja | Nej |  |  |
| Kvalitet på analysmetod  | Saknas | Låg | Medel | Hög |
| Etiska aspekter | Ej angivna | Angivna |  |  |
| **Resultat** |  |  |  |  |
| Frågeställning besvarad  | Nej | Ja |  |  |
| Resultatbeskrivning(redovisning, kodning etc.)  | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Tolkning av resultatet(citat, kod, teori etc.)  | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| **Diskussion** |  |  |  |  |
| Problemanknytning  | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Diskussion avegenkritik och felkällor  | Saknas | Låg | God |  |
| Anknytning till tidigare forskning | Saknas | Låg | Medel | God |
| **Slutsatser** |  |  |  |  |
| Överensstämmelse med resultat(resultatets huvudpunkter belyses)  | Slutsats saknas | Låg | Medel | God |
| Ogrundade slutsatser  | Finns | Saknas |  |  |

Total poäng (max 48 p)

Grad I: 80 %

Grad II: 70 %

Grad III: 60 %

Titel:

Författare:

Tabell 3. Översikt av inkluderade artiklar

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FörfattareÅrtalLand | Studiens syfte | Design/Instrument | Deltagare (/bortfall) | Analysmetod | Huvudresultat | Studiedesign /kvalitet |
| Askham et.al.(2010)Danmark | Att förklara behovet av information och stöd hos kvinnor på Färöarna, drabbade av hjärtinfarkt, efter deras sjukhusvistelse. | Utforskande deskriptiv design. Semistrukturerade intervjuer 3-4 veckor efter utskrivning som varade i ca 45 minuter. | Kvinnor drabbade av hjärtinfarkt. n=8 | Kvalitativ innehållsanalys | Den första tiden efter utskrivning upplevdes som emotionellt och fysiskt utmanande. Kvinnorna berättade att de inte hade kunnat tillgodogöra sig de specifika detaljerna av informationen på sjukhuset då de varit för uppstressade och trötta av diagnosen. Den mest framgångsrika informationsmetoden var genom audiovisuella metoder; ex. film.  | K1 |
| Bergman &Berterö(2003)Sverige | Att få en ökad och djupare kunskap och förståelse för vad individens drivkraft är och hur den påverkar rehabilitering och återkomst till vardagen. | Induktiv metod. Semistrukturerade intervjuer, som varade 25-70 min. | Kvinnor och män 39-72 år gamla som för 12-24 månader sedan drabbats av hjärtinfarkt.n=13 | Grounded theory | Det finns en längtan att leva och ta vara på livet. De insåg att bara de själva kan ta ansvar för hur framtiden ska bli. | K1 |
| Caldwell et al. (2005)Canada | Att studera hur livet efter hjärtinfarkten påverkas av att bo på landsbygden. | Kritisk etnografisk design. Djupgående semi-strukturerade intervjuer som hölls vid 2-3 tillfällen. | Kvinnor drabbade av hjärtinfarkt och boende på landsbygd.n=12 | Etnografisk analys | De såg fördelarna med att bo på landsbygden även om det var långt till närmsta specialistvård. De var vana vid att ta tag i saker själva och var ovana med att be om hjälp. De uppskattade sjukvården på landsbygden och tyckte att sjukvårdspersonalen inne i staden såg ner på dem. | K1 |
| Day &Batten(2006)Australien | Att få förståelse för kvinnors uppfattningar av hur hjärtrehabilitering (PH) påverkar tillfrisknandet från en hjärtinfarkt. | Grounded theory.Djupgående semistrukturerade intervjuer. | Kvinnor med diagnosen hjärtinfarkt som senare blev remitterad för PH, fas 2.n=10 | Grounded theory | Hjärtrehabiliteringen bidrog till tillfrisknandet i olika grad och är inte en tillförlitlig återhämtningsfaktor. Flera kvinnor tyckte inte att programmet var anpassat för dem och att det inte var anpassningsbart för individen. | K1 |
| FörfattareÅrtalLand | Studiens syfte | Design/Instrument | Deltagare (/bortfall) | Analysmetod | Huvudresultat | Studiedesign /kvalitet |
| Johansson, Dahlberg & Ekebergh (2003)Sverige | Att utforska kvinnors upplevelser som uppkommer efter en hjärtinfarkt genom att använda ett livsvärldsperspektiv. | Fenomenologisk metod.Semistrukturerade intervjuer. | Kvinnor som haft hjärtinfarkt för 2-25 år sedan.n=8 | Fenomenologisk analys | Att ha drabbats av en hjärtinfarkt skapar osäkerhet gentemot sin kropp. Det finns ett hot mot livet som gör att de inte vet hur de ska förhålla sig. Acceptans till hjärtinfarkten är avgörande för hälsa och välmående. | K1 |
| Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam (2009)Sverige | Att utforska meningen av nära relationer och sexualitet för kvinnors hälsa och välmående till följd av en hjärtinfarkt. | Ett fenomenologiskt livsvärldsperspektiv.Semistrukturerade intervjuer. | Kvinnor diagnostiserade med hjärtinfarkt för minst 6 månader sedan.n=10 | Fenomenologisk analys | Nära relationer är viktiga efter en hjärtinfarkt och kan ge styrka och glädje i livet. Men relationen kan också påverkas negativt av hjärtinfarkten. | K1 |
| Kristofferzon, Löfmark & Carlsson (2008)Sverige | Att beskriva erfarenheter i vardagen hos svenska män och kvinnor 4-6 månader efter en hjärtinfarkt och deras förväntningar på framtiden. | Kvalitativ metod.Semi-strukturerade intervjuer,som varade 30-90 min. | Kvinnor och män som diagnostiserats med hjärtinfarkt via medicinsk intensivvårdsavdelning.n=19 | Kvalitativ innehållsanalys | Patienterna tvingades lägga om sin livsstil och våga be om hjälp av anhöriga. De flesta patienterna gick vidare och började hitta tillbaka till vardagen och kände sig hoppfulla. | K1 |
| Mendes, Roux & Ridosh (2010)USA | Att utforska vilka strategier kvinnorna använde för att återhämta styrka och hälsa efter utskrivning i samband med hjärtinfarkt. | Grounded theory. Semistrukturerade intervjuer som ägde rum 4 månader-12 år efter hjärtinfarkten och varade i 45 minuter-2 timmar.  | Kvinnor som diagnostiserats med hjärtinfarkt.n=12 | Grounded theory | Kvinnorna tampades i övergången mellan sitt gamla jag och sin nya identitet. De förstod att de var dödliga. Minnen från barndomen hjälpte dem att hitta inre styrka och deras tro och böner var självklara i kvinnornas personliga berättelser. | K1 |
| Schou, Østergaard Jensen, Zwisler & Wagner (2008)Danmark  | Att beskriva kvinnors erfarenheter, ett år efter hjärtinfarkt, om att delta och inte delta i PH. | Kvalitativ metod.Två fokusgrupper intervjuades på sjukhuset och varade 60 minuter.  | Kvinnor diagnostiserade med hjärtinfarkt, somdeltagit eller inte deltagit i PH.n=10(Bortfall 4) | Grounded theory | PH-deltagarna hade kommit mer till insikt i sin sjukdom än de som inte deltog. Alla som intervjuades gjorde mer än de orkade i hemmet för att behålla sin roll. | K2 |
| FörfattareÅrtalLand | Studiens syfte | Design/Instrument | Deltagare (/bortfall) | Analysmetod | Huvudresultat | Studiedesign /kvalitet |
| Sjöström-strand & Fridlund(2007)Sverige | Att beskriva och utforska kvinnors uppfattning av stress före och efter hjärtinfarkt. | Kvalitativ metod med fenomenografisk design för att beskriva den kvalitativa variationen av stress. Intervjuerna ägde rum 4, 6 eller 10 månader efter hjärtinfarkt. | Kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt.n=14(Bortfall 6) | Fenomenografisk analys | Enorm trötthet och oro var påtaglig efter utskrivning och familjen upplevdes som väldigt överbeskyddande. Kvinnorna ville att livet skulle vara som innan hjärtinfarten och funderade hela tiden på orsaken till hjärtinfarkten. De yngre kvinnorna tyckte att det bara var äldre kvinnor som deltog i rehabiliteringsprogrammen och att ämnena inte var vad de ville diskutera. Kvinnorna upplevde att de inte kunde vara sjukskrivna p.g.a. ekonomiska anledningar. | K1 |
| Svedlund &Danielson(2004)Sverige | Att belysa meningen i levda erfarenheter i vardagen efter hjärtinfarkt hos drabbade kvinnor och deras partners. | Kvalitativ metod.Narrativa intervjuer hölls separat med kvinnan och dess partner. Intervjuerna hölls 3 och 12 månader efter utskrivning och varade 25-80min. Totalt 36 intervjuer. | Kvinnor drabbade av hjärtinfarkt, arbetande och under 60 år. Samt partners till kvinnorna som drabbats av hjärtinfarkt.n=18 | Fenomenologisk- hermaneutisk metod | Hjärtinfarkten påverkade parens vardag, främst på grund av oro och rädsla för en ny hjärtinfarkt.Paren levde sida vid sida utan att prata om sina känslor med rädsla för att oroa varandra men förståelsen för sin partner fanns där ändå. | K1 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Huvudtema** | **Att drabbas av hjärtinfarkt** | **Information och sjuksköterskans roll** |  | **Nära relationers betydelse** |  |  |
| *Subtema* |  |  | *Hjärtrehabiliteringsprogram* |  | *Stöd från närstående* | *Omtanke gentemot närstående* |
| Askham et.al.(2010) | X | X | X | X | X | X |
| Bergman & Berterö (2003) |  |  | X |  | X |  |
| Caldwell et al. (2005) |  |  |  | X | X |  |
| Day & Batten(2006) | X |  | X |  |  |  |
| Jackson et.al. (2000) | X | X | X |  | X |  |
| Johansson et al.(2003) | X | X |  |  | X |  |
| Johansson Sundler et al. (2009) |  |  |  | X | X | X |
| Kristofferzon et.al. (2007) | X | X | X |  | X |  |
| Kristofferzon et al. (2008) |  | X | X | X | X |  |
| Mendes et.al.(2010) | X |  | X | X | X |  |
| Schou et al. (2008) | X |  | X |  | X | X |
| Sjöström-strand et.al. (2010) | X | X | X |  | X |  |
| Sjöström-strand & Fridlund(2007) | X | X | X |  | X |  |
| Svedlund & Danielson (2004) | X |  |  |  | X | X |

Tabell 4. Översikt över vilka artiklar som återfinns under vilka teman