



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Kvinnors erfarenheter av vardagen efter en hjärtinfarkt – En litteraturstudie

Linnéa Hag & Sigrid Larsson

VT 2016

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap

Handledare: Marie Oswaldson
Examinator: Elisabeth Häggström

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och orsakas oftast av en blodpropp som bildas från en plackruptur i något av hjärtats kranskärl. Risken att drabbas av en hjärtinfarkt ökar med åldern, även faktorer som diabetes, ärftliga anlag, stress, rökning, högt blodtryck och övervikt är riskfaktorer för att drabbas av sjukdomen. Män drabbas oftare av sjukdomen än kvinnor och kvinnors symptom vid insjuknandet kan ibland vara diffusa och det kan vara svårt ställa en diagnos. För att sjuksköterskan skall kunna tillgodose grundläggande behov hos personer med hjärtsjukdom så krävs god kompetens. Målet är att främja hälsa och välbefinnande hos patienten samt att förebygga ohälsa och lindra lidande.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva kvinnors erfarenheter av vardagen efter en hjärtinfarkt. Vidare var syftet att beskriva de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod.

Metod: En deskriptiv litteraturstudie bestående av tio vetenskapliga artiklar.

Huvudresultat: Resultatet speglar hur kvinnorna på ett fysiskt och känslomässigt sätt påverkas efter insjuknandet. Rädslan som finns hos dem att de skall drabbas av en ny hjärtinfarkt samt behovet av att utföra livsstilsförändringar. Betydelsen av stöd och hjälp från närstående samt hur arbetet påverkas efter insjuknandet. Vikten av beröring och intima relationer och dess betydande del i återhämtningen för kvinnorna.

Slutsats: Efter genomgången hjärtinfarkt har närstående en viktig betydande roll för återhämtningsprocessen. För att bibehålla en god egenvård är det viktigt att kvinnorna får hjälp från kompetent sjukvårdspersonal. Som sjuksköterska är det viktigt att besitta kunskap kring kvinnornas erfarenheter samt om sjukdomen.

Nyckelord: Efter, erfarenheter, hjärtinfarkt, kvinnor, vardagen

Abstract

Background: Myocardial infarction is the most common cause of death in Sweden and is usually caused by a blood clot that formed from a plaque rupture in one of the coronary arteries. The risk of suffering a heart attack increases with age, but also factors such as diabetes, hereditary predisposition, stress, smoking, high blood pressure and obesity are risk factors for developing the disease. Men are affected more often by heart diseases than women, and women's symptoms at onset can sometimes be diffuse to make a diagnosis. The nurse need to be able to meet the basic needs of people with heart disease that requires good skills. The goal is to promote health and well-being of the patient and to prevent illness and relieve suffering.

Aim: The aim of this study was to describe how women experiences the everyday life after a heart attack. Furthermore, the aim was to describe the articles included data collection method.

Method: A descriptive literature of ten scientific articles.

Main Results: The results reflect how the women on a physical and emotional way are affected by the myocardial infarction. They feel a fear that they will suffer a heart attack again and they need to do some lifestyle changes. The support and help from the family, is important for them such as touch and intimate relationships and its significant part in the recovery of women.

Conclusion: After myocardial infarction have been related to a major significant role in the recovery process. To maintain a good self-care, it is important that women receive help from skilled health professionals. As a nurse, it is important to have knowledge about women's experiences and about the disease.

Keywords: After, daily life, experiences, myocardial infarction, women

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Hjärtinfarkt	1
1.2 Patofysiologi	1
1.3 Närståendes perspektiv när någon drabbas av en hjärtinfarkt samt dess roll i vårdandet	2
1.4 Sjuksköterskans vårdande roll efter en hjärtinfarkt	3
1.5 Definition av närstående	3
1.6 Definition av vardag	3
1.7 Teoretisk referensram	4
1.8 Problemformulering	4
2. Syfte	4
3. Frågeställning	4
4. Metod	5
4.1 Design	5
4.2 Databaser	5
4.3 Sökord, sökstrategier och urvalskriterier	5
4.4 Urvalsprocess	5
4.5 Dataanalys	9
4.6 Forskningsetiska överväganden	9
5. Resultat	10
5.1 Erfarenheter då livssituationen förändras	10
5.1.1 Erfarna känslor och fysisk hälsa	10
5.1.2 Att utföra livsstilsförändringar	11
5.1.3 Rädsla att drabbas av en ny hjärtinfarkt	12
5.2 Att upprätthålla välbefinnande	12
5.2.1 Vikten av emotionellt stöd samt praktisk hjälp från närstående	13
5.2.2 Att återgå till arbetet efter en hjärtinfarkt	13
5.2.3 Intima relationer och sex efter en hjärtinfarkt	14
5.3 Erfarenheter avseende sjukvårdskontakter och läkemedel	15
5.3.1 Att bli i behov av läkemedel och stöd från sjukvården	15
5.4 Resultat metodologisk frågeställning	16
6. Diskussion	17
6.1 Huvudresultat	17
6.2.1 Metodologiska aspekter	21
6.3 Metoddiskussion	23
7. Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning	24
8. Slutsats	24
Referenser	25
Bilaga 1	
Bilaga 2	

1. Introduktion

1.1 Hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige men siffrorna för antalet drabbade sjunker för varje år tack vare den framåtgående forskningen. Antalet dödsfall har minskat med en tredjedel på tio år (Hjärt-Lungfonden 2015) (Ericson & Ericson 2012).

1.2 Patofysiologi

Hjärtinfarkt orsakas oftast av en blodpropp som hastigt bildas från en plackruptur i något av hjärtats kranskärl. En plackruptur är en förkalkning i en artär som brister och en blodpropp bildas. Blodproppen täpper delvis eller helt till kärlet så att blodet inte kan passera. Detta leder till syrebrist i hjärtat och hjärtmuskeln skadas (Hjärt-Lungfonden 2015) (Ericson & Ericson 2012).

Risken för att drabbas av en hjärtinfarkt ökar med åldern. Även stress, högt blodtryck, övervikt, fetma, förhöjda blodfetter, diabetes samt ärftliga anlag är riskfaktorer för att drabbas av sjukdomen (Hjärt-Lungfonden 2015).

Symptomen vid hjärtinfarkt skiljer sig från individ till individ samt mellan män och kvinnor. Män drabbas av sjukdomen oftare än kvinnor och det kan ibland vara svårt att diagnostisera kvinnor som har hjärtinfarkt då dess symptom kan vara diffusa. De vanligaste symptomen vid en hjärtinfarkt är plötsliga bröstsmärtor som ofta är ihållande och kraftiga samt att smärtan kan stråla ut i en eller båda av armarna. Smärtan kombineras ofta av kallsvettningar, hjärtklappning, andnöd samt yrsel.

Kvinnors symptom kan ofta innefatta kraftiga buksmärter och infarkten blir då svårdiagnostiserad (Hjärt-Lungfonden 2015) (Ericson & Ericson 2012).

Vid en hjärtinfarkt är det viktigt att patienten får behandling snabbt, detta är direkt avgörande för prognosen. Vid misstanke om hjärtinfarkt tas ett EKG för att se eventuella förändringar på hjärtat. Patienten får syrgas kombinerat med smärtlindring för att minska smärtan samt underlätta för hjärtats arbete. Medicinsk behandling ges för att förhindra att blodplättar klumpar ihop sig och täpper till kärlet ytterligare. Redan i ambulansen kan en trombolytisk behandling bli aktuellt om patientens EKG visar en ST-höjning som kan vara ett tecken på att ett kärl är tilltäppt.

Vid kirurgisk behandling utförs vanligtvis en ballongvidgning för att öppna upp det tilltäppta kärlet. Ett betydligt större ingrepp utförs i form av en by-pass operation som innebär att en extra passage skapas bredvid kärlet, detta genom att transplantera friska blodkärl från andra delar av kroppen till hjärtat. Dessa ingrepp lindrar besvären men botar inte de underliggande faktorerna till sjukdomen. Det är därför viktigt att i många fall förändra livsstilen utifrån vilka riskfaktorer patienten har (Hjärt-Lungfonden 2015).

1.3 Närståendes perspektiv när någon drabbas av en hjärtinfarkt samt dess roll i vårdandet

När en person drabbas av hjärtinfarkt påverkas familj och människor som är i en känslomässig och nära relation till den drabbade. Detta leder till påtryckningar på både den mentala och psykiska styrkan och närstående upplever många gånger att deras eget liv sätts på paus för att finnas där för den drabbade. De känner ofta en maktlöshet och ständig oro för att händelsen ska upprepas samt hur framtiden kommer påverkas av detta (Andersson, Borglin, Sjöström-Strand, & Willman 2013).

Närstående till den som drabbats av en hjärtinfarkt upplevde ett behov att prata med personer som upplevt liknande situation. De kände sig även upprörda över att deras anhörige inte hade berättat om dess tillstånd tidigare och de kände en panikartad känsla över situationen (Henriksson, Lindahl & Larsson 2007).

Makar till de som drabbats av en hjärtinfarkt upplever en rädsla för återhämtningsprocessen samt att personen skall drabbas av en ny infarkt. De känner även en rädsla för sin närståendes fritid och att de är mer överbeskyddande. Det framkom att yngre närstående kände en större rädsla för sina anhöriga än vad de äldre kände (Kettunen, Solovieva, Laamanen & Santavirta 1999).

Närstående upplevde att de tvingades att anta nya roller och de blev medvetna om allvaret i patientens tillstånd samtidigt som de upplevde en känsla av förlorad kontroll över situationen. De kände ett stort behov av att upprätthålla dagliga rutiner samt att föra familjesituationen tillbaka till normaliteten (Salminen-Tuomaala, Åstedt-Kurki, Rekiaro & Paavilainen 2012).

1.4 Sjuksköterskans vårdande roll efter en hjärtinfarkt

Inom sjuksköterskeprofessionen ligger omvårdnadsbegreppet som en grund till sjuksköterskans arbete. Målet med omvårdnaden är att främja hälsa och välbefinnande hos patienten samt att förebygga ohälsa och lindra lidande. Stödja, guida samt att ge aktiv hjälp med något är viktiga aspekter för personer som är i behov av omvårdnad. Relationsaspekten är en annan viktig del då den syftar till att balansera maktförhållandet mellan patient och vårdare så att dessa individer samt dess närstående är delaktiga, upplever en trygghet och känner sig respekterade (Svensk sjuksköterskeförening 2012).

För att sjuksköterskan skall kunna tillgodose de grundläggande behoven hos personer med hjärtsjukdomar så krävs det god kompetens. Det ligger även en utmaning i att främja patientens egenvård så att denne kan utföra nödvändiga livsstilsförändringar, detta för bästa möjliga rehabilitering. Det är även viktigt att sjuksköterskan har kunskap om vanliga krisreaktioner samt förmågan att kunna hantera stress vid akut och kritisk sjukdom. För att kunna anpassa omvårdnaden till den enskilde patienten krävs det att sjuksköterskan har kunskap om patientens kulturella bakgrund, livssituation, utbildning, funktionsnivå, tidigare sjukdomserfarenheter samt eventuella livskriser. I dessa situationer fungerar sjuksköterskan som en konsult och handledare för patienten, detta för att stärka förmågan till egenvård (Eikeland, Haugland, Stubberud 2011). Wilkin & Slevin (2004) menar att beröring och empati samt att se patienten i en helhet var viktigt för att patienten skall känna sig bekväm.

1.5 Definition av närstående

”Närstående är en person som lever nära en person med vård- eller omsorgsbehov; det kan vara en person med direkt släktskap, men även till exempel en vän, en granne eller en person från en utvidgad familj” (Carlsson & Wennman-Larsen 2012, s.214).

1.6 Definition av vardag

Då vardagen i detta arbete nämns så innefattar det händelser eller saker som utförs regelbundet, rutinerna i det dagliga livet (English dictionary 2003).

1.7 Teoretisk referensram

Dorothea Orems teori om egenvård är indelad i tre underkategorier som innefattar; teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. Egenvård är något som lärs in samt används för att upprätthålla välbefinnande och hälsa, detta är något som den enskilde individen själv utför. Kapaciteten till egenvård utvecklas och formas under hela livet och bygger på personliga resurser och tidigare erfarenheter. Egenvårdsbrist uppstår när kapaciteten till egenvård försvinner på grund av begränsningar som uppkommer i livet. Sjuksköterskans uppgift är att bedöma egenvårdskraven och anpassa vården utifrån varje individ. Sjuksköterskan skall stötta och informera individerna så att dessa själva kan skapa en bra egenvård (Berbigilla & Banfield 2014).

1.8 Problemformulering

Att drabbas av en hjärtinfarkt skiljer sig mellan män och kvinnor, både gällande symptom samt erfarenheten av att drabbas. Mycket av tidigare forskning har utförts på män eftersom de oftare drabbas än kvinnor.

För att sjuksköterskor skall kunna ge en god vård till patienten är det viktigt att få en bra uppfattning om kvinnors erfarenhet efter en hjärtinfarkt. I en sjuksköterskas roll ingår det att kunna hjälpa en patient till god hälsa vid samt efter sjukdom. Med ökad kunskap och förståelse för kvinnors erfarenhet efter en hjärtinfarkt kan sjuksköterskan uppmuntra och stödja till ett aktivt och hälsosamt liv. Målet är att främja en god hälsa i vardagslivet där varje individ blir sedd.

2. Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva kvinnors erfarenheter av vardagen efter en hjärtinfarkt. Vidare var syftet med litteraturstudien att beskriva de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod.

3. Frågeställning

Hur beskriver kvinnor sina erfarenheter av vardagen efter en hjärtinfarkt?

Hur beskrivs de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod?

4. Metod

4.1 Design

En litteraturstudie med deskriptiv design (Polit & Beck 2012).

4.2 Databaser

Databaserna Pubmed och Cinahl har använts för att söka artiklar, vilket är relevanta databaser vid omvårdnadsforskning (Polit & Beck 2012).

4.3 Sökord, sökstrategier och urvalskriterier

Sökorden har varit uppbyggda så att de skall svara mot syfte samt frågeställning. Följande sökord har använts i PubMed: Myocardial Infarction (MeSH), quality of life, women, after och experience. Sökord som använts i databasen Cinahl är Myocardial Infarction (Cinahl headings samt major concept), quality of life, women, after och experience.

Författarna har kombinerat ovannämnda sökord i olika kombinationer i de båda databaserna för att få ett likvärdigt resultat. Sökningen inleddes först i Cinahl för att sedan göras om i PubMed. De sökord som ej gett användbara träffar redovisas inte i tabell 1.

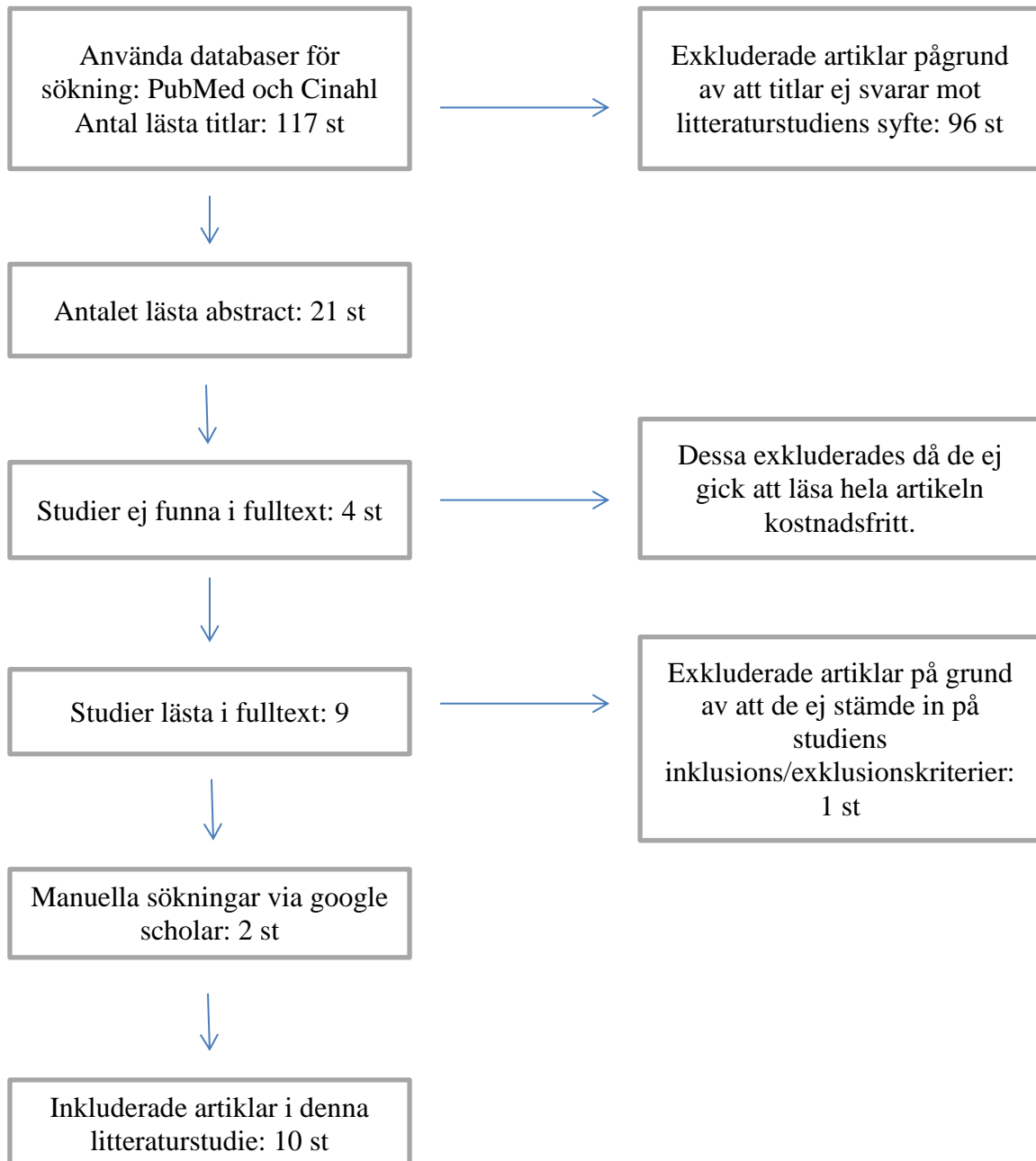
Författarna har inlett sökningen brett från olika databaser för att sedan smalna av den genom att använda fler sökord med booleanska termerna AND och NOT (Polit & Beck 2012). Begränsningar som använts i sökningen efter artiklar är: inte äldre än tio år, language english samt att artiklarna är tillgängliga på Högskolan i Gävles databaser. Inklusionskriterier: kvinnor samt vardagslivet efter en hjärtinfarkt. Exklusionskriterier: män, litteraturstudier samt livet före en hjärtinfarkt.

4.4 Urvalsprocess

Författarna inledde urvalsprocessen genom att läsa samtliga titlar (n=117). Ansågs titlarna svara mot litteraturstudiens syfte lästes de vidare i abstract (n=21). Fokus när abstract lästes var syfte och frågeställning. Var titeln otydlig eller oklar lästes abstract för att minska bortfall av relevanta artiklar (inkluderade i n=21). Av dessa 21 abstract valdes 8 stycken bort då innehållet inte svarade mot denna studies syfte. Ytterligare

(n=4) artiklar exkluderades efter att abstractet granskats då dessa inte fanns tillgängliga via Högskolan i Gävles databas och krävde betalning eller fjärrlån. Sammanlagt skrevs nio stycken artiklar ut och granskades och diskuterades i sin helhet av båda författarna. Då en av dessa inte passade in på grund av inklusions och exklusions kriterierna till denna litteraturstudie exkluderades den. De artiklar som inkluderades i denna studie ansågs vara relevanta och de svarar på syftet med studien (n=8). Vidare har författarna via de inkluderade artiklarnas referenslistor manuellt sökt artiklar (n=2) via google scholar där artikelns titel och författarna skrivits som fritext. Det fanns ytterligare artiklar (n=2) i de inkluderade artiklarnas referenslista som författare ansåg svara mot syftet, dessa gick dock inte att komma åt utan betalning och exkluderades därför. Totalt (n=10) artiklar inkluderades i denna litteraturstudie.

Flödesschema urvalsprocess



Tabell 1. Utfall av databassökning

Databas	Begränsningar	Söktermer	Antal träffar	Möjliga artiklar (exklusive dubletter)
Cinahl	2005-2016, language english	Myocardial infarction	4323 st	
Cinahl	2005-2016, language english	Myocardial infarction AND women	446 st	
Cinahl	2005-2016, language english	Myocardial infarction AND women AND experience NOT symptom	40 st	4 st
Cinahl	2005-2016, language english	Myocardial infarction AND women AND experience AND after	39 st	2 st
PubMed	10 år, engelska, högskolan I Gävle	Myocardial infarction AND quality of life AND women AND after	38 st	2 st
Manuellt sökta artiklar via inkluderade artiklars referenslistor				2 st
Totalt:			117 st	10 st

Ord med **fet text** – Cinahl Headings eller MeSH.

4.5 Dataanalys

Artiklarna har granskats grundligt av författarna var och en för sig i sin helhet för att sedan diskutera hur vidare resultatet har uppfattats. Därefter har en mer genomgående diskussion mellan författarna skett, vidare har resultatstabeller skapats (se bilaga 1, tabell 2) för att få en tydlig struktur och översikt. Ett färgkodssystem har använts för att markera återkommande teman. Detta ligger till grund för resultatets uppbyggnad av rubriker och underrubriker (Polit & Beck 2012).

Åtta stycken preliminära underrubriker skapades genom denna färgkodning. De åtta preliminära underrubrikerna omformulerades och bildade resultatets rubriker. Resultatets innehåll specificerades och lades in under varje rubrik. Vidare har artikeln granskats avseende dess datainsamlingsmetod och en tabell över detta har skapats (se bilaga 2, tabell 3).

Genom att använda en granskningsguide som innefattade färgkodning (Polit & Beck 2012) underlättade bearbetningen av studiens resultat. Denna guide hjälpte författarna att se om författarna i resultaten var samstämmiga, eller om de sade emot varandra samt om likheter eller olikheter framkom (Polit & Beck 2012).

4.6 Forskningsetiska överväganden

Artiklarna som har används i litteraturstudien bör vara forskningsetiskt granskade samt att de har ett etiskt godkännande. Författarna till studien har läst de framtagna artiklarna var och en för sig så att studiens objektivitet skall öka samt att artiklarna har tolkats likvärdigt (Polit & Beck 2012).

Resultatet är presenterat på ett sakligt och opartiskt sätt med en förståelse för att plagiering samt förändring i textens innehåll ej får förekomma. En medvetenhet för feltolkningar fanns då det bearbetade materialet var på engelska och har översatts till svenska med hjälp av dataöversättningsprogram. En medvetenhet om att tidigare kunskap samt förväntningar om ämnet ej kan förvränga viljan till resultatet (Forsberg & Wengström 2008).

5. Resultat

Resultatet består av tio vetenskapliga artiklar som presenteras i löpande text. Resultatet kommer att presenteras i tre huvudrubriker med underrubriker.

Rubriker	Underrubriker
Erfarenheter då livssituationen förändras	Fysisk hälsa och känslor Att utföra livsstilsförändringar Rädsla att drabbas av en ny hjärtinfarkt
Att upprätthålla välbefinnande	Vikten av emotionellt stöd samt praktisk hjälp från närstående Att återgå till arbetet efter en hjärtinfarkt Intima relationer och sex efter en hjärtinfarkt
Erfarenheter avseende sjukvårdskontakter och läkemedel	Att bli i behov av läkemedel och stöd från sjukvården

Den metodologiska aspekten i syfte samt frågeställning presenteras under rubriken Resultat metodologisk frågeställning.

5.1 Erfarenheter då livssituationen förändras

Kvinnorna beskriver här hur de påverkas både på ett fysiskt samt känslomässigt sätt. Behovet av att utföra vissa livsstilsförändringar och rädslan de känner för att drabbas av en ny hjärtinfarkt.

5.1.1 Erfarna känslor och fysisk hälsa

Kvinnorna beskrev hur de var arga på sig själva efter att ha åsidosatt sina egna behov i många års tid samt att inte vara kapabla till att utföra vardagliga sysslor som tidigare. De kände sig själviska för att de upplevde att dem tog plats (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2008) (Stevens & Thomas 2012).

Kvinnorna beskrev att när de drabbades av hjärtinfarkten så påverkades hela deras livsvärld och vardag på ett känslösamt sätt. Kvinnornas relationer gav dem en känsla av välbefinnande vilket resulterade i att de fann lycka och glädje i livet samt att det gav dem styrka (Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam 2009). Vardagen

karaktäriserades av en existentiell osäkerhet och de kände att de inte längre hade kontroll över situationen eller sin kropp, de kämpade för att finna en balans i det dagliga livet. Det kvinnorna kunde göra innan insjuknandet tog de för givet och detta upplevde dem nu vara förändrat. De litade inte på sig själva och upplevde en osäkerhet. De beskriver att det är svårt att förklara vad de saknar eller att sätta ord på sina behov (Johansson & Ekebergh 2006).

Oförmågan att förstå varför just dem hade drabbats gjorde att kvinnorna kände sig ledsna, deprimerade samt arga. De kämpade hela tiden efter sjukdomen med de tillstöta hälsoproblemen. Känslan av att inte veta vad som väntar gav upphov till rädsla hos kvinnorna (Stevens & Thomas 2012).

Kvinnorna beskrev fysiska symtom som trötthet, utmattning samt svaghet, som varade veckor till månader efter hjärtinfarkten (Stevens & Thomas 2012). De kvinnor som haft en hjärtinfarkt var betydligt mindre nöjda med sin hälsa och totala livskvalitet än kvinnorna från den allmänna befolkningen som inte genomgått detta sjukdomsförlopp (Norekvål, Wahl, Fridlund, Nordrehaug, Wentzel-Larsen & Hanestad 2007).

5.1.2 Att utföra livsstilsförändringar

De drabbade kvinnorna beskrev det som att livet efter hjärtinfarkten krävde vissa livsstilsförändringar såsom att sluta röka samt att minska stressnivån, vissa tog även upp vikten av diet samt fysisk aktivitet. För att hantera stressen beskrev kvinnorna hur de fick varva ned samt acceptera situationen och lämna saker till nästa dag. Att lära sig be om hjälp och inte känna sig skyldig för att ta upp plats. Att tänka på vad de åt ledde till att kvinnorna gick ner i vikt samtidigt som de upplevde känslor av att ”fastna i restriktioner” (Kristofferzon *et al.* 2008).

I brist på kunskap på hur de skulle följa de rekommenderade livsstilsförändringarna angående matvanor påverkades deras välmående och hälsa på ett negativt sätt. De beskrev även hur de var beroende av support från familjemedlemmar. Kvinnorna försökte att motivera sig själva till att sluta röka, tänka på kosten samt att prioritera sig själva (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2007, Stevens & Thomas 2012). Kvinnorna

upplevde en stress över att sluta röka. Det var svårt för dem att hålla rökningen borta när de kom hem till vardagen igen (Sjöström-Strand & Fridlund 2007).

5.1.3 Rädsla att drabbas av en ny hjärtinfarkt

Kvinnorna erfor rädsla och osäkerhet för återhämtningsprocessen. De hade en förändrad känsla om sig själva och kände sig otrygga. De blev medvetna om hur skört livet kunde vara och en oro över att drabbas av en ny hjärtinfarkt fanns hos dem hela tiden (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg 2011). Symtom som exempelvis generell kroppssmärta ledde till en oro av att de insjuknade i en ny hjärtinfarkt, de beskrev känslan av osäkerhet i samband med aktivitet (Sjöström-Strand & Fridlund 2007) (Stevens & Thomas 2012). Kvinnor som levde ensamma var särskilt rädda för att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Det fanns dagligen tankar på att hjärtinfarkten kunde komma tillbaka, även under nattetid då de var rädda att insjukna i sin ensamhet (Stevens & Thomas 2012).

Efter hjärtinfarkten tyckte kvinnorna det dagliga livet var svårt. De ville att livet skulle vara som tidigare, att de skulle ha samma kontroll över vardagen. Att förlora kontrollen över sina liv blev en stress som i sin tur resulterade i extrem trötthet. De hade inte styrkan att leva som förut vilket gjorde dem rastlösa. Det var svårt för kvinnorna att göra förändringar i det dagliga livet och de kände en ångest över att de hade blivit sjuka (Sjöström-Strand & Fridlund 2007).

Kristofferzon *et al.* (2008) beskrev hur kvinnorna började prioritera sig själva efter hjärtinfarkten genom att leva ett hälsosammare liv. Många av kvinnorna hoppades på att de skulle kunna resa igen, att inte behöva flytta från sitt hus samt att de skulle vara så friska som möjligt. När det var dags för döden hoppades dem på att det skulle ske snabbt.

5.2 Att upprätthålla välbefinnande

Kvinnorna beskriver vikten av stöd från närstående samt vägen tillbaka till arbetslivet och det socialt fungerande nätverket. Även den upplevda förändringen av kvinnornas sexliv i vardagslivet efter hjärtinfarkten beskrivs.

5.2.1 Vikten av emotionellt stöd samt praktisk hjälp från närstående

Relationer och aktiviteter med familj, barn, barnbarn, släkt och vänner var betydelsefullt efter hjärtinfarkten. De beskrev hur de kunde känna trygghet i deras sällskap

Kristofferzon *et al.* (2008), (Kristofferzon *et al.* 2007) (Sjöström-Strand *et al.* 2011).

Kvinnorna antydde att stödet från det sociala nätverket gav dem styrka att tro på sig själva när de testade sina gränser samt att prioritera sig själva och hantera medicinsk behandling. Alla kvinnor med en partner beskrev hur denne tog hand om dem samt brydde sig genom att lyssna och förstå innebörden av kvinnans sjukdom. (Kristofferzon *et al.* 2007).

Kvinnorna kunde känna en rädsla för hur de inte ville skrämma andra i familjen samtidigt som de inte ville att familjemedlemmarna inte skulle veta hur rädda de var. De ville inte att familjen skulle oroa sig för dem (Stevens & Thomas 2012). Alla deltagare beskrev att dem blev överbeskyddade och tillsagda vad de kunde göra vilket skapade en irritabilitet (Sjöström-Strand & Fridlund 2007) (Kristofferzon *et al.* 2007). Det var viktigt för kvinnorna att känna att de hade någon att kontakta om de behövde prata. För vissa fanns inte någon att prata med och det ledde till att de inte hade tillräckligt med stöd från familj och vänner (Sjöström-Strand *et al.* 2011).

Kvinnorna tyckte att människor i dess närhet hade ändrat attityd mot dem samt att de hade ett skydds beteende. Detta ledde till begränsningar i vardagen för kvinnorna och de upplevde att livet inte längre hade någon betydelse. Några av kvinnorna som var i yngre ålder tänkte mycket på de äldre i sin närhet, exempelvis föräldrar eller mor/far föräldrar, att de kan drabbas av en hjärtinfarkt. Dessa tankar var mycket stressande för kvinnorna (Sjöström-Strand & Fridlund 2007).

5.2.2 Att återgå till arbetet efter en hjärtinfarkt

Kvinnorna beskriver den ekonomiska situationen efter en hjärtinfarkt. Att dem ville arbeta deltid eller vara hemma längre efter insjuknandet, detta på grund av upplevd trötthet samt svaghet. De kände en stress över att de var tvungna att gå tillbaka till arbetet på heltid (Sjöström-Strand *et al.* 2011). Andra kände en oro att återgå till arbetet efter sjukdomen och de kände en stress över det ekonomiska (Sjöström-Strand & Fridlund 2007, Sjöström-Strand *et al.* 2011).

Det fanns även de som tvingades minska sina arbetstimmar eller till och med sluta arbeta utanför hemmet. De tvivlande på sig själva samt kände en rädsla över att bli ersatt av någon annan, att kollegorna skulle tycka att de inte var kapabla till att arbeta (Stevens & Thomas 2012).

5.2.3 Intima relationer och sex efter en hjärtinfarkt

Kvinnorna ville ha sex för närheten till sin partner, samtidigt var de rädda att något skulle hända dem. Det var främst denna rädsla som hindrade dem från att bli fysisk med sin partner (Abramsohn, Decker, Garavalia, Garavalia, Gosch, Krumholz, Spertus & Lindau-Tessler 2013). Kvinnorna kände sig annorlunda efter hjärtinfarkten och oro samt utmattning påverkade deras relationer. De försökte alla att anpassa sexuella aktiviteter till den nya livssituationen där hjärtsjukdomen spelade in. De upplevde att det blev komplicerat med intimiteten samt att vissa kvinnor upplevde en minskad lust, medan andra inte gjorde det (Söderberg, Johansen, Herning & Berg 2013).

Kvinnorna pratade om missförstånd mellan de själva samt deras partner när livet förändrats då kvinnorna främst uttryckte behov av intimitet, vänlighet samt omtanke mer än sexuella relationer. Det viktigaste beskrevs vara känslan av närhet. Många beskrev att de upplevde signaler och symtom vid fysisk ansträngning som likande de vid hjärtinfarkt och det skapades en rädsla för att utföra detta. En liten del av deltagarna slutade helt med sex på grund av bristande energi att ens tänka på det och de var osäkra på om de någonsin skulle göra det i framtiden. En deltagare beskrev att det var en viktig del av livet och något man måste njuta av så länge det är möjligt (Söderberg *et al.* 2013).

Nära relationer visade sig vara en viktig samt betydelsefull del i livet efter hjärtinfarkten hos kvinnorna. De ansåg att sexualitet var mer än samlag, det generella behovet av närhet, meningsfulla relationer, kärlek och kamratskap blev ännu viktigare. Kvinnorna började reflektera över sin hälsa och kropp på ett nytt sätt, de blev mer känslomässiga. De ansåg att närhet samt kontakt gav dem energi, lust och glädje i livet. Nära relationer innebar en ömsesidighet och en närhet till någon som stod dem nära, någon de kunde dela livet med. Detta var av större betydelse efter hjärtinfarkten än vad det var innan insjuknandet (Johansson-Sundler *et al.* 2009).

5.3 Erfarenheter avseende sjukvårdskontakter och läkemedel

Kvinnornas erfarenheter av sjukvårdens bemötande och stöttning samt medicinering efter hjärtinfarkten.

5.3.1 Att bli i behov av läkemedel och stöd från sjukvården

Många av kvinnorna kände sig oroliga över de läkemedel som de var tvungna att ta efter hjärtinfarkten och de ville ha en bättre förklaring av läkaren till varför de skulle inta dessa läkemedel. De ansåg att information om detta skulle givits på ett tydligare och bättre sätt. De beskrev att de upplevde en känsla av misslyckande när deras kroppar blivit beroende av läkemedel och en önskan om att minska läkemedelsintaget fanns. De upplevde läkemedelsbiverkningarna som tunga, speciellt biverkningar från blodtrycksmedicin (Sjöström-Strand *et al.* 2011).

Kvinnorna beskrev vikten av att få information både muntligt samt skriftligt som en viktig del och de uppskattade hjärtsjuksköterskan mycket då de upplevde att det var lättare att samtala samt skapa kontakt med denne istället för läkaren. De upplevde att de fick bristfällig information från läkare och dietist, att dem saknade information om vilka problem som skulle kunna uppstå efter utskrivning (Kristofferzon *et al.* 2007).

De ansåg att de inte fick det psykiska samt praktiska stödet som de behövde och kände sig nedtrycka och ledsna. Detta på grund av att de inte fått den hjälp de tidigare blivit lovade av sjukvården. Rehabiliteringen efter hjärtinfarkten upplevdes som en stress för de yngre som drabbats då de ansåg att de äldre kvinnorna frågade ut dem om exempelvis sjukdomsförlopp samt sjukdomshistoria. Det upplevdes som mycket stressande för dem att höra om olika sjukdomar som de äldre drabbats av (Sjöström-Strand & Fridlund 2007).

Kvinnorna förväntade sig ingen guidning från sjukvårdspersonalen under sjukvårdsvistelsen. De uttryckte däremot att de hade varit bra om sjukvårdspersonalen hade tagit upp frågan om de var intresserade om information kring sex efter hjärtinfarkten. Några av kvinnorna som ville ha information om sex ville även att partnern skulle ta del av denna då dem tyckte att det var jobbigt att förklara för sin partner (Söderberg *et al.* 2013).

De flesta av kvinnorna uppgav att de inte fått några instruktioner från läkaren angående sex efter en hjärtinfarkt och för de kvinnor som ville diskutera saken så tog de själva upp det i samband med utskrivningssamtalet. Kvinnorna anser att det borde tas upp i samband med utskrivning från sjukhuset då det är en viktig del i livet och de belyste även vikten av att få riskfaktorer identifierade för sig samt komplikationer som kan uppstå i samband med sexuell aktivitet samt hur långt efter hjärtinfarkten kvinnorna kan ha sex igen (Abramsohn *et al.* 2013).

5.4 Resultat metodologisk frågeställning

Nio av de inkluderade artiklarna i denna litteraturstudie hade intervjuer som datainsamlingsmetod (Abrahamson *et al.* 2013, Johansson & Ekebergh 2006, Johansson- Sundler *et al.* 2009, Kristofferzon *et al.* 2008, Kristofferzon *et al.* 2007, Sjöström-Strand & Fridlund 2007, Sjöström-Strand *et al.* 2011, Stevens & P. Thomas 2012, Söderberg *et al.* 2013). En artikel har använt sig av enkätundersökning (Norekvål *et al.* 2007).

Sju stycken av dessa var semistrukturerade intervjuer (Abrahamson *et al.* 2013, Johansson- Sundler *et al.* 2009, Kristofferzon *et al.* 2008, Kristofferzon *et al.* 2007, Sjöström-Strand & Fridlund 2007, Sjöström-Strand *et al.* 2011, Söderberg *et al.* 2013).

En artikel beskriver att de har använt sig av öppna frågor (Johansson & Ekebergh 2006). Sjöström-Strand & Fridlund (2007) beskriver att de har gjort en pilotintervju innan de andra deltagarna intervjuades för att kunna utveckla intervjuguiden och få fram bra följdfrågor. De har använt sig av en egengjord "stressrelaterad" intervjuguide. Stevens & Thomas (2012) har inte beskrivit vilken intervjuform de använt sig av och nämner det som "face to face" intervjuer. Abramsohn *et al.* (2013) har beskrivit hur de har gjort semistrukturerade intervjuer och att alla deltagarna har deltagit via telefon. Norekvål *et al.* (2007) har använt sig av enkäter för att mäta quality of life med hjälp av WHOQOL-BREF som är ett mätinstrument.

Två artiklar beskriver ej hur lång tid intervjuerna har tagit (Johansson & Ekebergh 2006, Johansson- Sundler *et al.* 2009). Kristofferzon *et al.* (2008), Kristofferzon *et al.* (2007) har gjort intervjuer som varat mellan 30-90 minuter. Abrahamson *et al.* (2013) har angett en genomsnittstid för sina intervjuer på 25 minuter. Sjöström-Strand &

Fridlund (2007) Stevens & P. Thomas (2012) har genomfört intervjuer som varat i cirka 60 minuter. Sjöström-Strand et al. (2011) anger att tiden för intervjuerna de utfört var 60-90 minuter. Söderberg *et al.* (2013) har under 30-45 minuter intervjuat sina deltagare.

Vid sex av intervjuerna har deltagarna själva fått välja var intervjun skall äga rum, de flesta valde hemmet, avdelning på sjukhus, kontoret/jobbet, sjukhuset (Johansson & Ekebergh 2006, Johansson- Sundler *et al.* 2009, Kristofferzon *et al.* 2008, Kristofferzon *et al.* 2007). Två av de inkluderade artiklarna beskriver att de flesta intervjuerna skett i hemmet, vart de övriga intervjuerna utförts framkommer otydligt (Sjöström-Strand & Fridlund 2007, Stevens & P. Thomas 2012). Abrahamson *et al.* (2013) har ej angett någon plats för vart intervjuerna blivit utförda.

Abramsohn *et al.* (2013) har haft två stycken som deltagit vid intervjutillfället via telefon, bestående av en man och en kvinna. Även Söderberg *et al.* (2013) har varit två stycken vid intervjuerna där en har varit huvudintervjuare och den andra lyssnat aktivt. Fyra av artiklarna beskriver att det är en intervjuare som har ansvarat för intervjuerna (Johansson & Ekebergh 2006, Kristofferzon *et al.* 2008, Kristofferzon *et al.* 2007, Stevens & Thomas 2012). Johanson-Sundler *et al.* (2009) har beskrivit att huvudförfattaren utfört alla intervjuer utom en, vem som istället gjort denna framkommer inte. I två av de inkluderade artiklarna framkommer inte hur många eller vem som utfört intervjuerna (Sjöström-Strand & Fridlund 2007, Sjöström-Strand *et al.* 2011).

6. Diskussion

6.1 Huvudresultat

Kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt upplever att vardagen efter insjuknandet förändras. Framförallt då kroppen inte är sig lik samt hur de påverkas av människor i dess närhet. De flesta av kvinnorna upplever dagligen en rädsla samt oro för att drabbas av en hjärtinfarkt igen. Detta leder till tankar kring det existentiella hos varje individ samt en rädsla för fysisk aktivitet och samliv. Det har visat sig att närstående har en stor betydande roll för dessa kvinnor och deras återhämningsprocess.

6.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att kvinnorna uppskattade nära relationer samt aktiviteter med närstående efter insjuknandet, de upplevde en trygghet i deras sällskap (Kristofferzon *et al.* 2008) (Kristofferzon *et al.* 2007) (Sjöström-Strand *et al.* 2011). Det är däremot inte bara personen som genomgått en hjärtinfarkt som drabbas, även de som är i en nära relation till personen genomgår en process. De anhörigas mentala samt psykiska styrka påverkas och många upplever att deras egna liv sätts på paus för att finnas där för den drabbade. En ständig oro samt en maktlöshet finns hos de anhöriga, en rädsla för att händelsen skall upprepas igen samt hur framtiden kommer att påverkas av sjukdomen är vanliga tankar (Andersson *et al.* 2013).

Makarna till de som drabbats av en hjärtinfarkt försökte vara aktiva i rehabiliteringen och hade ett nära samarbete med sin partner där vikten av respekt samt ömsesidighet betonades. Den mest centrala rollen i dess agerande var att kommunicera. Det framkom att det var viktigt att lyssna samt vara uppmuntrande för att påverka partnern att tänka och agera annorlunda. Makarnas roll präglades av att ha en positiv attityd till livsstilsförändringar för att stärka den drabbade till så god rehabilitering som möjligt. Makarna var självcentrerade och i kommunikationen med partners användes ord som antydde på förbud, de antog en reglerande roll för att skapa livsstilsförändringar för sin partner. De som genomgått rehabilitering efter hjärtinfarkten ville endast genomföra vissa livsstilsförändringar såsom att exempelvis sluta röka om partners själv utförde samma förändring (Kärner, Dahlberg & Bergdahl 2004).

Människor som stod kvinnorna nära hade ändrat attityd mot dem och skapat ett skydds beteende. Kvinnorna kände sig överbeskyddade och de upplevde att de blev tillsagda vad de kunde göra samt inte göra. Detta skapade en irritabilitet samt ledde till begränsningar i vardagen, de upplevde att livet inte längre hade någon betydelse (Sjöström-Strand *et al.* 2007) (Sjöström-strand *et al.* 2011). I ett sådant läge av förlorad kontroll tvingas makarna anta nya roller och de blev mer och mer medvetna om kvinnans tillstånd. Makarna till kvinnorna ställs för en utmaning, situationen efter insjuknandet är något obekant för dem och även makarna upplevde en förlorad kontroll (Arenhall, Kristofferzon, Fridlund, Malm & Nilsson 2011). Att fortsätta ha kontroll över livet samt att familjesituationen skulle föras tillbaka till normaliteten var av stor betydelse för makarna samt de drabbade (Salminen-Toumaala *et al.* 2012).

Här spelar sjuksköterskan en stor samt viktigt roll för de båda parterna, det är viktigt att information ges till både den drabbade och dess närstående för att underlätta rehabiliteringen så mycket som möjligt (Eikeland, Haugland, Stubberud 2011).

De drabbade kvinnorna erfor att de själva fick ställa frågor till sjukvårdspersonalen efter insjuknandet, framförallt när det rörde sig kring sexuella frågor. De upplevde att de inte fick tillräckligt med information om detta och de visste inte hur de skulle hantera situationen (Söderberg *et al.* 2013). För många patienter är detta ett känsligt ämne att ta upp och de drar sig ofta från att fråga sjukvårdspersonal, vilket i sin tur kan resultera i onödiga relationsproblem med partnern då de inte fått adekvat information om sjukdomens betydelse i sexuella sammanhang. Att återgå till normala aktiviteter samt att anpassa sig socialt kan starkt kopplas samman till psykisk stress, många har lätt till att pressa sig i olika situationer där de tar hänsyn till andras önskemål istället för deras egna. Detta i sin tur kan vara skadligt för en person med hjärtinfarkt. Det är därför viktigt att sjuksköterskan visar engagemang och ställer frågor så att patienten får en möjlighet att dela med sig om sina eventuella tankar och funderingar (Eikeland, Haugland, Stubberud 2011).

Sjuksköterskor menar att det var viktigt att informera patienterna om när sexuell aktivitet kan återupptas, varningstecken som patienten kan uppleva samt användning av läkemedel, bland annat nitroglycerin som brukas då patienterna upplever smärta. Sjuksköterskor ansåg att de hade ett ansvar för att diskutera intima frågor. Det fanns även sjuksköterskor som tyckte motsatsen till detta och ansåg att det var olämpligt att diskutera sex med sina patienter och räknade med att de själva frågade om de undrade något. En anledning till att sjuksköterskorna inte vill ta upp detta med patienterna är att de inte känner sig tillräckligt kunniga inom ämnet eller att de inte vet hur de ska besvara frågan. Att sjuksköterskan inte tar upp ämnet kan bero på att de tror att personen skall bli upprörd, generad eller orolig om detta tas upp (Jaarsma, Strömberg, Fridlund, Geest, Mårtensson, Moons, Norekval, Smith, Steinke & Thompson 2010). Sjuksköterskor upplevde det som svårt att hitta en bra balans mellan informationen som de gav och informationen som gavs men som inte uppfattades korrekt från patienten. De ansåg även att skriftlig information var till god hjälp för patienten och dess anhöriga (Ivarsson, Fridlund & Sjöberg 2010).

Kvinnornas erfarenheter av sexuella samt intima relationer har visat sig vara annorlunda efter insjuknandet (Söderberg, Johansen, Herning & Berg 2013). Detta gäller även makarna till de drabbade som beskriver att dem ställs inför en utmaning som är obekant för dem och de känner att de förlorar kontrollen över situationen. De upplevde en oförmåga att skydda sin maka vilket ledde till känslor som de inte var vana att hantera. Gällande sexlivet fick de en annan syn på sin maskulinitet och image. De upplevde att de behövde ta en större stödande roll mot sin maka, både känslomässigt samt att hjälpa till med praktiska uppgifter. De beskrev en oro och rädsla och ville ta ett större ansvar för sin partner. De reflekterade över dess egna beteenden samt livsstil och ville göra det bästa av livet, döden var någon som de började tänka på allt mer. Rädslan för att en dag bli lämnad ensam var något som de tänkte på (Arenhall, Kristofferzon, Fridlund, Malm & Nilsson 2011).

Sjuksköterskans uppgift är att undervisa samt vägleda patienten och dess närstående i egenvården för sekundärförebyggande åtgärder, detta bör bland annat innefatta information om den medicinska behandlingen samt vikten av att utföra vissa livsstilsförändringar. Eftersom personer som drabbats av en hjärtinfarkt måste ta hänsyn till sjukdomen resten av livet är det viktigt att vara förstående och att aktivt lyssna på patienten samt dess anhöriga. Målet med rehabiliteringen är att patienten själv skall klara av det dagliga livet utan att hämmas i onödan på grund av eventuella begränsningar som kan uppstå (Eikeland, Haugland, Stubberud 2011).

Dorotea Orem har noterat att patienter som har låga nivåer av egenvård, kunskap, motivation samt kompetens upplever egenvården som svår. Det krävs utbildning samt rådgivning för att skapa en förståelse och kunskap hos patienterna, dessa två begrepp anses vara de centrala delarna av egenvård (Mohammadpour, Rahmati Sharghi, Khosravan, Alami & Akhond 2015). För att kunna bedriva en sjukhusmiljö som gynnar patienten är det viktigt att ekonomiska resurser finns så att pengar kan läggas på utbildning för att i sin tur bidra till en bättre egenvård. Det krävs inre och yttre resurser för att upprätthålla livsprocessen och miljöförhållanden som stöder livet. Egenvårdsåtgärder är något som medvetet utförs och de väljs ut och genomförs med målet att hålla dem inre och yttre resurserna konstanta (Orem 1995).

Resultatet i denna litteraturstudie visar att de drabbade inte var tillfredsställda med vården i samband med insjuknandet samt information kring återhämningsprocessen. Det är därför viktigt som sjuksköterska se till att informationen som ges till patienten uppfattas rätt och att eventuella frågor besvaras. Detta kan behöva förklaras många gånger samt i både skriftlig och muntlig form då patienten kan vara omottaglig för information direkt efter händelsen (Eikeland *et al.* 2011).

Patienter som genomgått en hjärtinfarkt är i behov av utbildning kring sin egenvård i efterförloppet av sjukdomen. Sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal skall hjälpa patienterna att förbättra sin egenvårdsförmåga (Mohammadpour *et al.* 2015). Det är viktigt att patienten skall känna sig bekväm, att ge fysisk vård samt att patienten skall vara fri från smärta. Vikten av empati från sjuksköterskan är en betydande del i omvårdnaden (Wilkin & Slevin 2004).

6.2.1 Metodologiska aspekter

De artiklarna som inkluderats i denna litteraturstudie har två olika ansatser, nio stycken beskriver kvalitativ ansats och en beskriver kvantitativ ansats. Frågeställning två som rör den metodologiska aspekten och de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod visar att semistrukturerade intervjuer är de mest förekommande i denna studie (n=7). Alla inkluderade artiklar beskriver i varierande grad hur datainsamlingen har gått till och i vissa saknas information om hur och var intervjuerna har ägt rum, samt under hur lång tid dessa pågick.

Kvalitativa metoder används då syftet med studien är att beskriva, förstå och förklara fenomen, upplevelser och erfarenheter. Kvalitativa datainsamlingsmetoden som intervjuer i detta fall, tillåter personen som deltar i intervjun att berätta sin historia med egna ord. För att uppnå ett bra resultat av intervjun är det viktigt att forskaren har klarlagt syftet och problemområdet med studien (Forsberg & Wengström 2008). Polit & Beck (2012) och Forsberg & Wengström (2008) menar att platsen där intervjun har skett har en betydelse för studiens trovärdighet och att denna stärks ytterligare då platsen är angiven i studiens metoddel. Felkällor vid intervjuer kan vara att den genomförs i en miljö där störande moment kan ha en påverkan på svaren eller att

personen som blir intervjuad inte tolkar frågorna korrekt då de kan vara fel formulerade (Forsberg & Wengström 2008).

Några av de inkluderade studierna (Kristofferzon *et al.* 2008, Kristofferzon *et al.* 2007, Sjöström-Strand *et al.* 2011, Söderberg *et al.* 2013) beskriver hur de gett information till deltagarna innan intervjun har börjat för att de skall känna sig mer bekväma med situationen. Detta i sin tur kan leda till att de känner sig tryggare och ger mer utförliga svar vilket kan ge studien ett trovärdigare och fylligare resultat då det eventuellt kan framkomma mer än om respondenten känner sig otrygg med situationen. (Polit & Beck 2012).

Vid semistrukturerade intervjuer (Abrahamson *et al.* 2013, Johansson- Sundler *et al.* 2009, Kristofferzon *et al.* 2008, Kristofferzon *et al.* 2007, Sjöström-Strand & Fridlund 2007, Sjöström-Strand *et al.* 2011, Söderberg *et al.* 2013) finns en intervjuguide som är förberedd och iordningsställd inför intervjun. Vid intervjutillfället uppmuntrar intervjuaren respondenten att prata fritt kring de förutbestämda ämnena. På så vis får intervjuaren ”all information” som behövs och respondenten kan utveckla svaren till den nivå de själva känner är okej. Det är viktigt att undvika frågor där respondenten enbart kan svara ja eller nej. Frågorna skall vara formulerade så att respondenten kan svara fylligt med detaljerad information kring det fenomen som studien undersöker (Polit & Beck 2012).

En studie som inkluderats beskriver att de har använt sig av telefonintervjuer (Abramsohn *et al.* 2013). Polit & Beck (2012) antyder att detta är en acceptabel metod om intervjuerna inte är för långa, specifika och inte för personliga. Det anses även vara viktigt att de har haft en första kontakt personligen med respondenterna.

Norekvål *et al.* (2007) har använt sig av kvantitativ ansats i denna studie har kommit fram till sitt resultat genom att använda sig av enkätundersökning där två grupper har fått svara på frågor. Vid dessa typer av studier är antalet deltagare betydligt större än vid intervjuer och kan presenteras på gruppnivå och statistiska jämförelser kan göras mellan de olika grupperna som deltagit (Forsberg & Wengström 2008). Att använda sig av enkäter är bra då informationen kan appliceras till större delar av populationen många

gångar. Resultatet kan dock påverkas av antalet som är villiga att svara på enkäterna och hur ”seriöst” de svarar (Polit & Beck 2012).

6.3 Metoddiskussion

Litteraturstudiens författare har valt att använda sig av deskriptiv design vilket innebär att studien är beskrivande samt att viss kunskap om ämnet som skall undersökas redan finns (Forsberg *et al.* 2008).

Databaserna som användes för att finna de inkluderade artiklarna till denna litteraturstudie var PubMed samt Cinahl som anses vara relevanta för ämnet vårdvetenskap. Samma sökord har använts i de båda databaserna för att finna likvärdiga och relevanta artiklar. Sökorden som användes var relevanta för litteraturstudiens syfte som var att beskriva kvinnors erfarenheter av vardagen efter en hjärtinfarkt. Då utfallet av relevanta artiklar blev mindre än författarna väntat sig hade ytterligare en databas kunnat vara till användning för att se om flera artiklar funnits, för att stärka studien ytterligare. De inkluderade artiklarna är inte äldre än tio år vilket även detta stärker studiens trovärdighet. De manuella sökningarna har utförts via databasen Google Scholar efter att referenslistorna i de funna artiklarna bearbetats.

Vid sökning av artiklar då antalet funna studier översteg fler än 100 antal träffar valde författarna att utföra en ny sökning genom att kombinera sökningen med andra sökord. På detta vis kan relevanta studier omedvetet ha exkluderats, vilket kan ses som en brist.

Studiens inklusions- och exklusionskriterier har varit detsamma i de båda databaserna, även begränsningarna har varit lika i sökningarna. I resultatet har författarna valt att använda två artiklar där det även framgår att män varit med i undersökningsgruppen. Dessa två inkluderades då det var lätt att särskilja män och kvinnor. Ytterligare en artikel har inkluderats där undersökningen innefattar en grupp kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt samt en grupp som ej blivit drabbade. Även i denna är det lätt att urskilja de båda grupperna, där av har artikeln inkluderats. Två av de valda artiklarna tar upp kvinnornas syn på sexlivet efter hjärtinfarkten. Då dessa kom upp via sökningen har de ej aktivt sökts av författarna. Då de fortfarande svarar mot studiens syfte har de inkluderats.

Färgkodning har använts för att strukturera studien för att få ett tydligt och överskådligt resultat där inga egna åsikter har påverkat tolkningen av resultatet. Denna metod har varit till fördel för författarna i hanteringen av materialet (Polit & Beck 2012).

7. Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning

Denna litteraturstudie lyfter fram olika erfarenheter från kvinnors vardag i livet efter en hjärtinfarkt. Genom att sjuksköterskor är väl medvetna kan omvårdnaden av dessa patienter utvecklas. Ur ett sjuksköterske-, patient- & omvårdnadsperspektiv är det viktigt för alla parter att sjukvårdspersonalen besitter god kunskap om ämnet för bästa möjliga vård samt att denna skall vara så individanpassad som möjligt då alla upplever sjukdom olika. Studien kan ligga till grund för fortsatt forskning inom ämnet då det behövs mer vetenskap kring kvinnors upplevelser av vardagen efter en hjärtinfarkt.

8. Slutsats

Resultatet som framkommit i denna litteraturstudie anses svara väl till studiens syfte, att beskriva kvinnors erfarenheter av vardagen efter en hjärtinfarkt. Att drabbas av en hjärtinfarkt som kvinna är något som ger både fysiska och psykiska påfrestningar. Resultatet visar att närstående samt dess stöd är viktigt i rehabiliteringsprocessen. För att kunna bibehålla en god egenvård efter insjuknandet behöver kvinnorna få kunskap och vägledning från kompetent sjukvårdspersonal.

Som sjuksköterska i vårdandet av dessa patienter är det viktigt att inneha god kompetens samt kunskap om tillståndet för att kunna vårda patienten på ett individanpassat och professionellt sätt. Resultatet i detta arbete ger även information som kan vara bra för sjuksköterskan att känna till för att kunna tillgodose de behov som kvinnorna har efter en genomgången hjärtinfarkt.

Referenser

*Artiklar som använts i litteraturstudiens resultat är markerade med **

*Abramsohn, E-M., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H-M., Spertus, J-A. & Lindau-Tessler, S. (2013). "I'm Not Just a Heart, I'm a Whole Person Here": A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in Women With Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*, Doi: 10.1161/JAHA.113.000199

Andersson, E-K., Borglin, G., Sjöström-Strand, A. & Willman, A. (2013). Standing alone when life takes an unexpected turn: being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2013; 27; ss. 864-871. Doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x

Arenhall, E., Kristofferzon, M-L., Fridlund, B., Malm, D. & Nilsson, U. (2011). The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular nursing*: 10. ss. 108-114

Berbigilla, V-A. & Banfield, B. (2014). Self-Care Deficit theory of Nursing. M R, Alligood. (Red). *Nursing theorists and their work*. Mosby Elsevier: St. Louis.

Carlsson, C. & Wennman-Larsen, A. Ideellt engagemang och närståendes insatser. Ehrenberg, A. & Wallin, L. *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. 1:6 (2012). Lund: Studentlitteratur.

Eikeland, a., & Haugland, T., & Stubberud, D-G. *Omvårdnad vid hjärtsjukdomar*. Almås, H., & Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (red). *Klinisk omvårdnad 1* (2011). Stockholm: Liber AB.

English dictionary (2003). <http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/daily-life> [2016-03-02].

Ericson ,E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

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

Henriksson, C., Lindahl, B. & Larsson, M. (2007). Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 6 ss. 280–286
doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.02.001

Hjärt-Lungfonden. (2015). *Hjärtinfarkt- en skrift om vad som händer under och efter infarkt* <http://www.hjartlungfonden.se/Documents/Skrifter/Skrift-hjartinfarkt-2013.pdf> [2015-11-23].

Ivarsson, B., Fridlund, B. & Sjöberg, T. Health professionals' views on sexual information following MI. *British Journal of Nursing*. Volume 19. No 16.

Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T.M., Smith, K., Steinke, E. & Thompson, D.R. 2010). Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 9 ss. 24-29 doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003

*Johansson, A. & Ekebergh, M. (2006). The meaning of well-being and participation in the process of health and care –Women's experiences following a myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 1: ss. 100-108

*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*, volume 19 number 3 ss. 375-387
doi:10.1177/1049732309331882

Kettunen, S., Solovieva, S., Laamanen, R. & Santavirta, N. (1999). Myocardial

infarction, spouse's reactions and their need of support. *Journal of Advanced Nursing* 30(2), ss. 479-488.

*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 ss. 391-401. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x

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 ss. 367-375. Doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x

Kärner, A-M., Abrandt-Dahlgren, M. & Bergdahl, B. (2004). Rehabilitation after coronary heart disease: spouses' views of support. *Journal of advanced nursing*. 46 (2), ss. 204-211.

Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A. & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trail. *Journal of clinical nursing*: 24. ss. 1686-1692.

*Norekvål, T-M., Wahl, A-K., Fridlund, B., Nordrehaug, J-E., Wentzel-Larsen, T. & Hanestad, B-R. (2007). Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general-female population cohort. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:58, Doi: 10.1186/1477-7525-5-58

Orem, D-E. (1995). *Nursing; Concepts of Practice*. St Louis: Mosby

Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Salminen-Tuomaala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M. & Paavilainen, E. (2012). Spouses' coping alongside myocardial infarction patients. *European Journal of*

Cardiovascular Nurings, volume 12, number 3, ss. 242-251.

doi:10.1177/1474515111435603

*Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B. & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, number 25, ss. 459-466, Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

*Stevens, S., & Thomas, S. (2012). Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction. *Health Care for Women International*, 33, ss. 1096-1113.

Doi:10.1080/07399332.2012.684815

Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

*Söderberg, L-H., Johansen, P-P., Herning, M. & Berg, S-K. (2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 22, ss. 3532-3540, doi:10.1111/jocn.12382

Wilkin, K. & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, ss. 50-59.

Bilaga 1, tabell 2

Översikt av inkluderade artiklars syfte och resultat

Anv. i resultatet (publ.år)	Syfte	Resultat
Abrahamson et al. (2013)	Studien syftar till att bättre förstå kvinnlig sexuell återhämtning efter hjärtinfarkt	Många deltagare i studien uppgav att sex var viktigt för närheten till sin partner. Det framkom att det fanns stor rädsla för att återgå till sexlivet efter hjärtinfarkten. De saknade information från sjukvården hur de skulle hantera sexlivet efter sjukdomen och de upplevde att de själva fick fråga efter denna information.
Johansson & Ekebergh (2006)	Att utforska kvinnors upplevelser av vården och hälsoprocess efter en hjärtinfarkt	Resultatet visar att kvinnorna upplevde att de tappat kontrollen av sina liv och sina kroppar. De strävade efter att hitta en balans i livet efter hjärtinfarkten. De stötte dagligen på utmaningar relaterade till deras hälsa och de oroade sig mer i vardagen efter hjärtinfarkten än innan och de känner sig beroende av sjukvårdspersonal och deras kunskap.
Johansson-Sundler et al. (2009)	Syftet med studien var att med hjälp av en ”fenomen livsvärldsperspektiv” undersöka innebörden av nära relationer och sexualitet samt välbefinnande efter en hjärtinfarkt	Resultatet visar att nära relationer samt sexualitet utgör en viktig och betydelsefull roll efter hjärtinfarkt hos kvinnor. Att sexualitet är mer än samlag, behovet av närhet och kärlek blev ännu viktigare efter insjuknandet. Kvinnorna började reflektera över sin hälsa och kropp på ett nytt sätt. Närhet och kontakt gav kvinnorna energi, lust samt glädje i livet. Det innebar en ömsesidighet och att dela livet med någon fick en större betydelse än förr.
Kristofferzon	Att beskriva erfarenheter av	Efter hjärtinfarkten har många

<i>et al. (2008)</i>	den nuvarande vardagen hos svenska kvinnor och män fyra till sex månader efter en hjärtinfarkt och deras förväntningar på framtiden	livsstilsförändringar skett som exempelvis att minska stress och rökning samt ha fysisk aktivitet och diet i åtanke. Att lägga skuld på sig själv och en känsla av att vara självisk var något som också framkom i resultatet. Att spendera tid med familj och vänner var något som ansågs vara viktigt. Det framkom även att partner, barn och släktingar var av stor betydelse. Många blev bättre på att sätta sig själva i fokus och det fanns hopp om en bra framtid trots sjukdom.
Kristofferzon et al.(2007)	Att beskriva upplevelser av det dagliga livet för kvinnor och män under de första fyra till sex månaderna efter en hjärtinfarkt med fokus på problemhantering och stöd från sitt nätverk	Resultatet visar att livsstilsförändringar upplevdes som svåra att klara av utan support från familjemedlemmar. Stödet från ett nära nätverk gav kvinnorna styrka att prioritera sig själva. De tar upp vikten av information från sjukvården samt hur det påverkade återhämtningsprocessen.
Norekvål et al. (2007)	Att bestämma QOL hos kvinnlig hjärtinfarkts överlevare och att undersöka om QOL skiljde sig hos/från den allmänna befolkningen samt utvärdera den kliniska betydelsen av resultaten	I resultatet framkommer det att hjärtinfarkten påverkade de äldre kvinnornas hälsa, trots detta så klarade sig kvinnorna lika bra som den allmänna kvinnliga befolkningen. Det visade att kvinnor som haft en hjärtinfarkt och överlevt var betydligt mindre nöjda med sin hälsa och totala livskvalitet än kvinnor från den allmänna befolkningen. Vissa av kvinnorna skattade sin övergripande livskvalitet lika bra eller mycket bra jämfört med den allmänna befolkningen.
Sjöström-Strand & Fridlund (2007)	Att beskriva och undersöka kvinnors upplevelse av stress innan och efter en hjärtinfarkt	I resultatet framkommer det att det dagliga livet upplevs som svårt, en stress över att ha förlorat kontrollen över sitt liv beskrevs. Trötthet, rastlöshet och svårigheter att göra

		<p>ändringar i det dagliga livet var besvärligt. Smärta eller symtom som liknade insjuknandet var stressande för kvinnorna. De yngre som drabbades tänkte mycket på de äldre i sin närhet till exempel föräldrar som kunde drabbas av en hjärtinfarkt. De saknade psykisk samt praktisk hjälp och stöd från sjukvården. Även ekonomiska begränsningar framkommer bland deltagarna.</p>
Sjöström-Strand <i>et al.</i> (2011)	Att undersöka och beskriva hur kvinnor föreställer sig deras hälsa och dagliga liv 5 år efter en hjärtinfarkt	I resultatet framkom det att kvinnorna känner rädsla och oro för framtiden samt även återhämningsprocessen. Oro för att en hjärtinfarkt skulle inträffa igen samt oro över de läkemedel som intogs framkom. Stöd från familj och vänner var av stor vikt. Stressen över att gå tillbaka till arbetet för att klara sig ekonomiskt upplevdes som tufft.
Stevens & P. Thomas (2012)	Beskriva upplevelsen hos medelålderskvinnor som överlevt hjärtinfarkt och återvänt hem för att återhämta sig	Kvinnorna upplevde att deras kroppar ej var desamma som innan hjärtinfarkten. De beskrev fysiska symtom som trötthet, utmattning samt svaghet. Att utföra dagliga sysslor exempelvis påklädning och att gå runt i huset var jobbigt. Många reagerade på smärta och kopplade det till insjuknandet. Många beskrev en oro för sina barn och ville inte oroa familjen, de ville fortfarande ha kontroll samt ha samma roll i familjen. Känslan av att undra varför just jag drabbades gjorde kvinnorna ledsna, deprimerade och även arga. De beskrev en känsla av att vara beroende av andra. Alla beskrev rädslan för att drabbas igen.
Söderberg <i>et al.</i> (2013)	Att undersöka kvinnors upplevelse av sexuella	Resultatet tyder på att kvinnorna försökte anpassa sitt sexliv efter hjärtinfarkten. De

	problem efter en hjärtinfarkt	upplevde att sexlivet efter sexlivet karakteriserade mer som ett behov att intimitet med ömhet samt vårdande mer än sexuella aktiviteter. Det framkommer att de drabbade saknade information från vården om sex efter en hjärtinfarkt.
--	-------------------------------	--

Bilaga 2, tabell 3

Sammanfattning av artiklarnas metodavsnitt.

Anvisningar i resultatet (publ. År), land	Titel	Design och eventuell ansats	Undersöknings-Grupp	Datainsamlings Metod	Dataanalys-metod
Abrahamson et al. (2013), USA	"I'm not just a heart, i'm a whole person here"; A qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction.	Deskriptiv design Kvalitativ ansats	n=17	Semistrukturerade telefonintervjuer	Grounded theory analys
Johansson & Ekebergh (2006) Sverige	The meaning of well-being and participation in the process of health and care- women's experiences following a myocardial infarction	Reflekterande livsvärldstillvägagångssätt Kvalitativ ansats	n= 8	Intervjuer	Analyserad med hjälp av fenomenografisk procedur som innefattar ett flertal steg
Johansson-Sundler et al. (2009) Sverige	The meaning of close relationship and sexuality; women's well-being	Reflekterande livsvärldstillvägagångssätt	n=10	Semistrukturerad intervju	Analyserad med hjälp av fenomenografisk procedur som innefattar ett flertal steg

	following a myocardial infarction	Kvalitativ ansats			
Kristofferzon et al. (2008), Sverige	Managing consequences and finding hope-experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction	Deskriptiv och retrospektiv design Kvalitativ ansats	Kvinnor n=20 Men n=19	Semi Strukturerad intervju guide	Kvalitativ innehållsanalys
Kristofferzon et al. (2007), Sverige	Striving for balance in daily life; Experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction	Deskriptiv och retrospektiv design Kvalitativ ansats	Kvinnor n=20 Män n=19	Semistrukturerade intervjuer	Kvalitativ innehållsanalys
Norekvål et al. (2007), Norge	Quality of life in female myocardial infarction survivors; a comparative study with a randomly selected	Jämförande design Kvantitativ ansats	n= 145	Enkäter?	t-test , exact Mann-Whitney test, exact Chi-square test

	general female population cohort				
Sjöström-Strand et al. (2011), Sverige	Women's experience of a myocardial infarction; 5 years later	Explorativ och Deskriptiv design Kvalitativ ansats	<i>n= 12</i>	Semistrukturerade intervjuer	Analyserad med hjälp av fenomenografisk procedur som innefattar ett flertal steg.
Sjöström-Strand & Fridlund (2007), Sverige	Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction; a qualitative analysis	Fenomenografisk design Kvalitativ ansats	<i>n=14</i>	Stressrelaterad intervjuguide	Analyserad med hjälp av fenomenografisk procedur som innefattar ett flertal steg
Stevens & P. Thomas (2012) USA	Recovery of midlife women from myocardial infarction	Existentiell fenomenologisk design Kvalitativ ansats	<i>n=8</i>	Intervjuer	Hermeneutisk analys
Söderberg et al. (2013), Danmark	Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction	Fenomenologisk hermeneutisk design Kvalitativ ansats	<i>n= 11</i>	Semistrukturerad intervjuguide	Ricoeur teori om tolkning som består av tre nivåer: naiv läsning, strukturerad analys och kritisk tolkning och läsning