

**Kvinnors upplevelse av informationen de får efter insjuknandet
i hjärtinfarkt, samt vilken information de efterfrågar**
-En litteraturstudie

**Women's experience of the information they receive after a
myocardial infarction, and what information they request**
-A literature review

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng, omvårdnad 90
poäng
Höstterminen 2007
Författare: Algerin Karin 821217-66
Lundahl Sofie 820910-25
Handledare: Adolfsson Annsofie

ABSTRACT

Title:	Women's experience of the information they receive after a myocardial infarction, and what information they request
Department:	School of Life Sciences. University of Skövde
Course:	Thesis in nursing care 15 ECTS
Author:	Algerin, Karin; Lundahl, Sofie
Supervisor:	Adolfsson, Annsofie
Pages:	18
Month and year:	January 2008
Keywords:	Women, Myocardial Infarction, Information, Support

Myocardial infarction is a big health problem in Sweden. Between the years 1987-2004 about 56 000 people have suffered from an acute myocardial infarction. In many studies men have been the main focus. That means that the findings don't represent women. Women may have different symptoms than men, because of this the women are often diagnosed wrong, and get treatment long after men. The aim of this study is to describe how women experience the information they are given after a Myocardial infarction, and what sort of information they request. A literature review is chosen for this study. Ten articles are analysed, they answered the question formulations and the aim of the study. The result of this study is that women's needs of information are great and women need individual information. If this is neglected the women's recovery is prolonged. Information can also be a form of support. Women want to know why this happened and what the illness is going to mean for their lives. When women are informed they feel supported. They can also get support and information from cardiac rehabilitation programmes. Nurses should build a relationship with the patient based on respect and trust.

SAMMANFATTNING

Titel:	Kvinnors upplevelse av informationen de får efter insjuknandet i hjärtinfarkt, samt vilken information de efterfrågar
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Algerin, Karin; Lundahl, Sofie
Handledare:	Adolfsson, Annsofie
Sidor:	18
Månad och år:	Januari 2008
Nyckelord:	Kvinnor, Hjärtinfarkt, Information, Stöd

Hjärtinfarkt är ett stort folkhälsoproblem i Sverige. Mellan åren 1987-2004 har cirka 56 000 människor insjuknat i hjärtinfarkt. I många studier har män varit i fokus. Det betyder att resultaten inte representerar kvinnor. Kvinnor kan ha andra symtom än män och på grund av det blir kvinnor ofta fel diagnostiserade, och får senare behandling än män. Syftet med denna studie att beskriva hur kvinnor upplever den information de får efter insjuknandet i hjärtinfarkt, samt vilken information de efterfrågar. En litteraturstudie valdes till denna studie. Tio artiklar analyserades, de svarade till studiens syfte och frågeställningar. Resultatet i denna studie är att kvinnors behov av information är stort och de behöver individuell information. Om detta är försummat förlängs kvinnors tillfrisknande. Information kan även vara en form av stöd. De vill veta varför de insjuknat i hjärtinfarkt och vad sjukdomen kommer att betyda för deras liv. När information ges till kvinnor känner de att de får stöd. Kvinnor kan finna stöd och information i hjärtrehabiliteringsprogram. Det är viktigt att sjuksköterskor skapar en relation till patienten som bygger på respekt och förtroende för varandra.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt	1
Prevalens av hjärtinfarkt hos kvinnor och män	2
Hjärtinfarkt hos kvinnor	2
Medicinsk behandling	3
Omvårdnad	3
Omvårdnadsperspektiv	3
Information	4
Stöd	5
Egenvård och prevention	5
Problemformulering	5
SYFTE	6
Frågeställningar	6
METOD	6
Urval	6
Analys	7
Etik	8
RESULTAT	8
Upplevelsen av den befintliga informationen	9
Upplevelsen av den information som ges i hjärtrehabiliteringsprogram	10
Information som stöd i tillfrisknandet	11
Information som efterfrågas	12
Information som en väg till förståelse	12
Information om livsstilsförändringar	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	14
Konklusion	17
Förslag till fortsatt forskning	18
REFERENSER	19
Bilaga 1	I
Bilaga 2	I

INLEDNING

Intresset för ämnet kvinnor och hjärtinfarkt bottnar i att kvinnor i vår närhet har insjuknat i denna sjukdom. I samband med deras vårdvistelse och rehabilitering upplevdes en brist i omhändertagandet och i den information kvinnorna fick innan de skrevs ut från sjukhuset. Efter att ha arbetat på en hjärtvårdsavdelning har det även upplevts att kvinnor får sämre vård efter insjuknandet i hjärtinfarkt än män. Av egen erfarenhet är kvinnor mer anpassningsbara och de ifrågasätter inte sin vård i samma utsträckning som män. Jämställdhet inom vården är ett ämne som med jämna mellanrum diskuteras i media. Enligt Hammarström (2004) har kvinnor inte tidigare varit representerade i den medicinska hjärtforskningen, vilket har lett till att diagnostiska metoder är framtagna efter den manliga normen. Även de symtom som yttrar sig vid en hjärtinfarkt är framtaget ur ett manligt perspektiv. Det är enligt oss viktigt att belysa kvinnors perspektiv på denna sjukdom och göra deras åsikter och röster hörda.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

I Nationalencyklopedin (1992) beskrivs hjärtinfarkt på följande sätt:

”hjärtinfarkt, akut sjukdomstillstånd med vävnadsundergång (celldöd) hos en del av hjärtmuskulaturen, beroende på otillräcklig syre- och näringstillförsel.” (s. 52).

Hjärt-kärlsjukdomar beskrivs i Nationalencyklopedin (1992) som ett:

”samlingsnamn för sjukdomar som drabbar hjärtat och de viktigaste pulsåderna, främst de som går till hjärnan, hjärtat och de nedre extremiteterna. Bland de viktigaste av dessa sjukdomstillstånd märks följder av ateroskleros (åderförkalkning) och hypertoni (förhöjt blodtryck).” (s. 53).

Hjärtsjukdomar debuterar oftast akut och ett snabbt omhändertagande är viktigt. Att patienterna får rätt behandling är direkt livsavgörande. Hjärtinfarkt uppstår på grund av syrebrist och ger en irreversibel hjärtmuskelcellskada. Syrebristen uppstår oftast av att blodcirkulationen i en del av hjärtmuskulaturen upphör på grund av en blodpropp. De klassiska symtomen vid en hjärtinfarkt är bröstsmärta, trötthet, andfåddhet samt hjärtklappning. Den typiska smärtan sitter bakom bröstbenet med utstrålning till vänster arm, men kan variera från person till person. En del patienter känner en tryckkänsla i bröstet andra har smärta upp mot käkarna eller ut i armarna. Vissa patienter upplever ingen smärta utan endast andningssvårigheter eller ångest. Dessa symtom beskrivs ofta som ett band över bröstet (Grefberg & Johansson, 2003). Kvinnor har oftast symtom såsom illamående, trötthet, yrsel och andfåddhet (Hochman, et. al., 1999).

Prevalens av hjärtinfarkt hos kvinnor och män

Enligt Folkhälsorapporten (2005) är hjärt-kärlsjukdomar ett stort folkhälsoproblem i Sverige, risken att insjukna i hjärtinfarkt har dock minskat genom åren. Mellan åren 1987-2004 har cirka 56 000 personer registreras med akut hjärtinfarkt i Sverige (Socialstyrelsen, 2007). Män har högre risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom än kvinnor. Män mellan 50-60 år har fyra gånger större risk att få en hjärtinfarkt än kvinnor. Kvinnor får sin hjärtinfarkt i regel tio år senare än män och deras risk är då lika hög som tio år yngre mäns. Hjärtinfarkt är den vanligaste sjukdomen inom hjärtsjukdomarna (Folkhälsorapport, 2005).

Hjärtinfarkt hos kvinnor

Enligt Miller (2002) har många studier fokuserat på var kvinnor passar in i den nuvarande ramen vid hjärtinfarkter. Det är inte förvånande att kvinnor inte passar bra i denna ram då ramarna är byggda från den forskning som har gjorts på män och hjärtinfarkter. Felaktiga diagnoser och sena behandlingar är typiskt för kvinnor med hjärtinfarkter. Om forskare och vårdpersonal fortsätter att endast titta efter de klassiska symtomen såsom bröstsmärta, yrsel och illamående kommer kvinnor att fortsätta förbises och missledas. Foster och Mallik (1998) och Omran och Al-Hassan (2006) har i sina studier kommit fram till att kvinnor tenderar att vänta längre än män innan de söker medicinsk hjälp. I genomsnitt väntar kvinnor en timme längre än männen. Den allmänna uppfattningen att hjärtinfarkt är en ”manlig” sjukdom är en anledning till att kvinnor väntar med att söka sjukvård. Kvinnor tenderar i mindre grad relatera sina symtom till en hjärtinfarkt. Med ökad kännedom hos kvinnor att symtom såsom illamående och ont i ryggen kan vara en indikation på en begynnande hjärtinfarkt kan ge kvinnor en hjälp till att reagera på och få vård tidigare. Omran och Al-Hassan (2006) samt Worrall-Carter, Jones och Driscoll (2005) har i sina studier kommit fram att otillräcklig kunskap och förnekelse bidrar till att kvinnor inte känner igen symtom eller varningssignaler och drar inte kopplingen till en hjärtinfarkt. Enligt McDonald et. al. (2006) är symtom som kommer mer sällan såsom yrsel även viktigt att lära sig då hjärtinfarkt symtomen varierar mellan olika individer. Foster och Mallik (1998) beskriver att när kvinnor informeras om hjärtinfarkt och dess olika symtom är det även viktigt att inkludera vilka känslor de kan uppleva i samband med insjuknandet. Det är inte ovanligt att kvinnor känner en längtan av att förtränga och förneka sina symtom oftast på grund av deras sociala ansvar eller viljan av att skona anhöriga. Enligt Holliday, Lowe och Outram (2000) tror många kvinnor att en hjärtinfarkt visar sig på samma sätt som ett hjärtstopp och att deras egna symtom inte är allvarliga, de saknar kunskap om att personer inte behöver bli medvetlösa vid en hjärtinfarkt.

I en studie av Eastwood och Doering (2005) har de kommit fram till att sociala och ekonomiska faktorer påverkar kvinnors risk för att få kranskärlssjukdom i större utsträckning än det påverkar män. Efter att kvinnor har fått diagnosen kranskärlssjukdom upplever de i högre grad depression, oro och lägre nivåer av upplevd kontroll än män. Kvinnor med ett dåligt socialt nätverk har en högre risk för dödlighet när de insjuknat i kranskärlssjukdom.

Kvalitativa studier om patienter som har upplevt hjärtinfarkt under 1970- och 80 talet genomfördes nästan endast på män. Relativt få studier har jämfört kvinnors och mäns

erfarenheter vid deras hjärtinfarkt (Emslie, 2005). Enligt Socialstyrelsen (2004) innebär en jämställd vård att män och kvinnor ska få den vård de behöver. Den medicinska forskningen bör i större utsträckning studera kön- och genusrelaterade skillnader samt att resultaten sedan redovisas uppdelade på både män och kvinnor. Om hälso- och sjukvården medvetet arbetar med ett kön- och genusperspektiv innebär det att personalen får bättre kunskap om genusrelaterade faktorerers betydelse för kvinnor och mäns hälsa, sjuklighet, bemötande, omhändertagande och behandlingsresultat. Enligt O'Donnell, Condell, Begley och Fitzgerald (2005) får kvinnor vänta längre på behandling när de kommer in med symtom på en hjärtinfarkt än män. Trots att det dröjer innan kvinnor får vård, får de samma reparativa behandling som män. Enligt Omran och Al-Hassan (2006) är det mer troligt att män får intravenöst nitroglycerin, intravenöst heparin och trombolytika vid en hjärtinfarkt än kvinnor. I samma studie berättar kvinnor att de är mer rädda för att bli diagnostiserade med bröstcancer än med hjärtsjukdom trots att den är den största dödsorsaken för kvinnor. Enligt Foster och Mallik (1998) måste kvinnor övertygas om att risken för att drabbas av en hjärtsjukdom är lika stor för kvinnor som för män.

Medicinsk behandling

Den medicinska behandlingen är främst tromboshämmning och antiischemisk behandling med betareceptorblockerare. Betareceptorblockerare minskar i akutskedet risken för smärta, arytmier och död. Behandling med betareceptorblockerare lindrar hjärtats arbete genom att sänka pulsfrekvensen och blodtrycket. Tromboshämmning innebär att de röda blodplättarnas aggregationsbenägenhet minskas. Det leder till att blodet blir tunnare och risken för att en ny blodpropp kommer till hjärtat minskar Nitroglycerin vidgar kärlen och gör det lättare för hjärtat att arbeta. Nitroglycerin ges ofta under första dygnet framför allt om hjärtinfarkten är av större karaktär. Nitroglycerin ges även om smärtorna kommer tillbaka. Till patienter ges även läkemedel för att motverka förhöjda blodfetter. Vid högt blodtryck som är en riskfaktor för hjärtinfarkt ges ACE- hämmare som sänker blodtrycket genom att vidga kärlen (Grefberg & Johansson, 2003).

Omvårdnad

Enligt Ericson och Ericson (2002) ska sjuksköterskor vid vården av en patient med hjärtinfarkt vara särskilt uppmärksam på patientens smärta, ångest och oro. Vara observant på symtom såsom dyspné (andnöd), takypné (påskyndad andning), torrhosta, allmänpåverkan, pulsstegring, blodtrycksfall och illamående. I det akuta stadiet och de efterföljande dyggen behöver patienten lugn och ro, denne ska då undvika stressade situationer. Det är viktigt som sjuksköterska att ha en positiv inställning och aldrig visa en osäkerhet inför patienten. Den information som ges under sjukhusvistelsen kan patienten spara i en hjärtpärm som kan studeras efter hemgång. Pärmerna innehåller bland annat information om den medicinska behandlingen.

Omvårdnadsperspektiv

Halldorsdottir (1991) har analyserat sina egna studier gjorda på patienter samt studenter och fastställt att det finns fem grundläggande sätt en person kan vara mot en annan individ: Life- destroying, life- restraining, life- neutral, life- sustaining och life- giving.

Life-destroying är det sätt där en person avpersonifierar en individ, förstör livsglädjen och ökar den individens sårbarhet. Detta skapar sorg och förtvivlan som smärtar och formar om den individen. Personen skapar en negativ energi. Life-restraining innebär att vara okänslig eller likgiltig och avskiljd från den sanna kärnan av den andra individen. Det skapar modfällighet och bildar en oro hos den individen samt påverkar livet negativt. Life-neutral är det sätt där en person inte påverkar en annan individs liv. Life-sustaining är det sätt där en person erkänner den andra individen, stöttar, uppmuntrar och försäkrar den. Detta ger den individen stöd och trygghet och påverkar den positivt. Life-giving är det sätt där personen bekräftar den andra individen genom att förenas med den sanna kärnan. Det lindrar sårbarheten hos individen och gör den starkare. Personen förstärker, återställer, förändrar och möjliggör lärande samt läkning. Det handlar om att skapa en öppen relation men samtidigt hålla ett respektfullt avstånd. Detta sätt återställer välbefinnandet och värdigheten hos den andra individen. De professionella sjuksköterskorna lär känna patienten som en unik individ och behandlar den individen utifrån detta. Sjuksköterskor kommunicerar med patienten och får den att känna sig helt accepterad som en normal människa, legitimerad som både person och patient. Det hjälper patienten känna sig bekväm under sin sjukhusvistelse. Professionell omvårdnad ger patienten en känsla av hopp och positivism, uppmuntran och tillförsikt. Allt detta minskar patientens ångest, ökar patientens självförtroende och har en positiv effekt på patientens välmående och läkning (Halldorsdottir, 1991).

Information

Nationalencyklopedin (1992) beskriver att:

"Information innebär att någon får kännedom om någonting ("bli informerad"). Den kan ses som en nödvändig, men ej tillräcklig förutsättning för kunskap i betydelsen djupare insikt." (s. 454).

Wiles (1998) beskriver i sin studie att den information patienter får från sjukvårdspersonal efter insjuknandet i hjärtinfarkt till stor del är generaliserad. Patienter får information om att de flesta människor efter insjuknandet i hjärtinfarkt blir helt återställda och kan återgå till sin normala aktivitetsnivå. Även om denna information är generaliserad uppger patienterna i studien att de tar till sig informationen som specificerad till dem, det vill säga, de tror de kommer att bli fullt återställda. Informationen patienterna fick från sjukvårdspersonalen om deras tillfrisknande ansågs vara legitimerad då den muntliga informationen styrktes med skriftlig information. Enligt Ivarsson, Larsson och Sjöberg (2004) anser patienter att de ibland får motsägande information och upplever en brist i samarbetet mellan olika grupper inom sjukvårdspersonalen. Patienter upplevde även att informationen emellanåt kunde vara både otillräcklig och fel. Kvinnor anser i en studie gjord av Ashton (1997) att information angående deras medicin var viktigt efter insjuknandet i hjärtinfarkt. Kvinnorna ansåg även att information om riskfaktorer måste inkluderas i all information till patienter som har insjuknat i hjärtinfarkt. Enligt Miracle (2006) ska sjuksköterskor informera kvinnor om vikten av att prata med vänner, kollegor, familj och kommunala resurser.

Stöd

Efter en hjärtinfarkt är kvinnor i behov av stöd, stödet går att finna på många olika sätt. I en studie av Worrall- Carter, Jones och Driscoll (2005) uppger gifta kvinnor att deras partner är deras största stöd efter en hjärtinfarkt. Ogifta kvinnor erhåller det största stödet från deras barn och vänner. Stöd från partners och familjemedlemmar i form av deras fysiska närvaro var viktigt. En del kvinnor känner att deras partners kan bli överbeskyddade, det får dem att känna en känsla av förlust då de är beroende av en annan person. Trots att stödet var viktigast för kvinnorna var det tydligt att vissa kände sig obekväma i att bli omhändertagna.

Enligt Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005) bör sjuksköterskors stöd till kvinnor fokusera på handlingar som hjälper kvinnor hantera sina symtom samt de praktiska problemen som uppstår i den tidiga fasen av sjukdomen. Sjuksköterskor bör göra en noggrann genomgång av patientens symtom, begränsningar samt det sociala ansvaret som inkluderar hushållsarbete. Kvinnor finner stöd i sina barnbarn och kyrkan i större utsträckning än män. Det är viktigt att hela familjen inkluderas i rehabiliteringen så de kan stötta och uppmuntra kvinnan.

Enligt Jones, Valle och Manring (2001) är det viktigt att kvinnor medverkar i hjärtrehabiliteringsprogram. Dessa program har en positiv effekt då de hjälper kvinnor att uppnå livsstilsförändringar som minskar risken för reinfarkt. I hjärtrehabiliteringsprogram får kvinnor stöd både från sjuksköterskor och från andra drabbade patienter. Sjuksköterskor kan öka kvinnors redan befintliga stöd eller fungera som ett extra stöd. Genom att vara ett extra stöd kan sjuksköterskor kompensera de kvinnor som inte har något socialt nätverk.

Egenvård och prevention

Vid utskrivning från sjukhus erbjuds patienter hjärtrehabilitering i form av gruppträffar. De patienter som inte vill delta kan erbjudas individuell information. Hjärtinfarkt-rehabiliteringens mål är att patienten ska lära känna sitt eget hjärtas begränsning för att kunna undvika skadlig belastning. Patienten ska även bli väl informerad om hur de ska hantera sin egen medicin (Ericson & Ericson, 2002). Enligt Johansson (2005) är hjärtinfarkt en livsstilssjukdom, det innebär att miljön och vårt sätt att leva påverkar sjukdomens uppkomst och utveckling. Enligt Sjukvårdsrådgivningen (2006) är de stora riskfaktorerna tobaksbruk, högt blodtryck, förhöjda blodfetter samt diabetes.

Problemformulering

Kvinnor väntar med att söka vård på grund av den allmänna uppfattningen att hjärtinfarkt är en manlig sjukdom, vidare saknar de kunskap om att de kan uppleva andra symtom än män. En hjärtinfarkt debuterar ofta akut och ett snabbt omhändertagande är viktigt, det är då ett problem när kvinnor söker sjukvård och får felaktiga diagnoser samt senare behandling än män. Det är svårt för sjuksköterskor att bemöta kvinnor i vården eftersom många inte ställer krav på omvårdnaden. Då kvinnor inte ställer några krav finns det en

risk att de inte får den omvårdnad de behöver, det vill säga även den information de är i behov av. Kvinnor kan få åka hem från sjukhuset med många obesvarade frågor vilket kan leda till en förlängd rehabilitering hemma fylld med oro. Det är av största vikt att undersöka kvinnors informationsbehov för att på bästa sätt kunna möta deras behov.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur kvinnor upplever den information de får efter insjuknandet i hjärtinfarkt, samt vilken information de efterfrågar.

Frågeställningar

- Hur upplever kvinnor den information de får efter insjuknandet i hjärtinfarkt?
- Vilken typ av information efterfrågar kvinnor efter insjuknandet i hjärtinfarkt?

METOD

Till denna studie har en litteraturstudie valts. Genom denna sammanställning är vårt mål att få reda på vad kvinnor vill ha för information efter insjuknandet i hjärtinfarkt. Kvinnors egna tankar belyses, vilket kan hjälpa sjuksköterskor i det vardagliga mötet med hjärtsjuka kvinnor. Enligt Friberg (2006) är avsikten med ett examensarbete att utveckla och fördjupa kunskaper utifrån den kunskap som redan finns i befintliga texter. Enligt Polit och Beck (2004) kan en litteraturstudie ha många olika viktiga funktioner i en forskningsprocess, den är en viktig del för sjuksköterskor som söker efter att utveckla en evidensbaserad omvårdnad. För forskare är en bekantskap med relevant forskningslitteratur och den nuvarande kunskapen en hjälp till att få fram följande: En identifiering av ett forskningsproblem och utvecklandet eller bildandet av forsknings frågor, en orientering av vad som är känt och vad som inte är känt inom ett visst område för att förvissa sig om att forskningen bäst kan bidra till redan existerande bevis, fastställande av luckor eller motsägelser i forskningen. Författarna har valt en litteraturstudie för att kunna använda sig av resultatet i omvårdnaden av kvinnor med hjärtinfarkt. Litteraturstudien valdes för att sammanställa nuvarande forskning.

Urval

De vetenskapliga artiklarna till denna litteraturstudie har sökts på Högskolan i Skövde. Artiklarna söktes i databaserna Academic Search Elite, CINAHL och PubMed. De databaserna valdes då de är lätta att använda samt innehåller vetenskapligt granskad omvårdnadsforskning. För att underlätta i sökandet av artiklar som stödjer syftet har följande inklusionskriterier använts: kvinnor, ålder mellan 25-100 år, diagnoserna hjärtinfarkt och kranskärlssjukdom, publiceringsår mellan 1995-2007 samt kvalitativ metod. Författarna använde sig av följande exklusionskriterier: artiklar utan något abstrakt,

artiklar som inte fanns i fulltext och artiklar som enbart handlade om patienter. Det vill säga inte redovisat män och kvinnor var för sig i resultatet, se Bilaga 1.

De sökord som har använts i litteratursökningen är: *women, nursing, heartattack, myocardial infarction, experience, coronary heart disease, rehabilitation, hospital, information, need, health* och *care* i olika kombinationer. *Women* användes i alla sökordskombinationer eftersom det är kvinnor som skall belysas i denna litteraturstudie. För att fånga in begreppet hjärtinfarkt har sökorden *heart attack, myocardial infarction* och *coronary heart disease* använts. De andra sökorden användes för att specificera sökningen till syftet. En artikel valdes via en licentiatavhandling, då den inte gick att finna i ovanstående databaser. För att bredda sökandet ytterligare granskades referenslistor från redan utvalda artiklar. Därifrån hittades en artikel som användes i resultatet.

Till resultatet valdes tio artiklar som alla är av kvalitativ metod (Bilaga 2). Artiklarna valdes eftersom de alla utgår från ett kvinnoperspektiv, där kvinnor själva genom intervjuer eller gruppsamtal får berätta om sina egna upplevelser efter insjuknandet i hjärtinfarkt. Enligt Kvale (1997) är en kvalitativ intervju unik och fångar erfarenheter och innebörder från undersökningspersoners vardag. I intervjun förmedlar undersökningspersonerna sin situation utifrån sitt eget perspektiv och med sina egna ord. Kvinnornas egna erfarenheter har sedan tolkats av författarna och sammanställts enligt den kvalitativa forskningsmetoden.

Analys

Analysen började med en kritisk granskning av de tio utvalda artiklarna för att kontrollera deras vetenskaplighet. Granskningen gjordes utifrån ett antal frågor som enligt Willman och Stoltz (2002) underlättar vid beslut om fortsatt granskning. Enligt dem skall en kvalitativ artikel bland annat innehålla: ett syfte som är tydligt angivet, om det är lämpligt med en kvalitativ metod för att uppnå syftet, om det framgår i artikeln hur urvalet gjorts och varför, om urvalsstrategin var lämplig till studiens syfte, var datainsamlingen utfördes och hur data samlades in samt om det framgår tydligt vad resultatet av forskningen är.

Artiklarna har lästs igenom upprepade gånger för att sedan analyseras utifrån studiens frågeställningar. Artiklarna numrerades från 1- 10 och frågeställningarna färgkodades med var sin färg. Författarna började analysen med att var för sig läsa igenom de tio artiklarna och samtidigt i texten markera med lämplig färg beroende på vilken frågeställning som besvarades. När det var klart jämförde och diskuterade författarna sina resultat med varandra, för att på så sätt få ett så objektiva resultat som möjligt. Efter den genomgången markerade författarna tillsammans passande citat med lämplig färg. Texten översattes och skrevs in i datorn, där all text från de tio artiklarna som färgkodats med samma färg sammanställdes. En av författarna läste och den andra skrev in texten på datorn. När detta var klart lästes den text som tagits ut om igen för att ta ut teman och subteman. Det gjordes tillsammans då resultatet av frågeställningarna och syftet framtagits individuellt (Polit & Beck, 2004). Texten sammanställdes under lämpliga rubriker och underrubriker som framkommit genom författarnas tolkning av resultatet från artiklarna, se Tabell 1.

Etik

Enligt Medicinska forskningsrådet (2000) skall forskning kunna motiveras genom att ha en fördelaktig risk/vinstbedömning. Det innebär att den skall ha vetenskaplig bärkraft och kunna generera kunskap som är viktig och väl underbyggd. Forskaren bör vara kompetent och vara väl förtrogen med det aktuella området. Då detta arbete är en litteraturstudie, med resultat från tidigare forskning, bör det inte finnas någon etisk risk att personer kommer till skada. Det insamlade materialet från de vetenskapliga artiklarna hanteras på så sätt att inga resultat förvanskas eller hanteras på ett oansvarigt sätt.

RESULTAT

Resultatet bygger på tio utvalda artiklar som analyserats utifrån studiens frågeställningar. Analysens resultat redovisas under huvudrubrikerna: *Upplevelsen av den befintliga informationen* och *information som efterfrågas*. Dessa följs upp av underrubrikerna: *upplevelsen av den information som ges i hjärtrehabiliteringsprogram*, *information som stöd i tillfrisknandet*, *information som en väg till förståelse* och *information om livsstilsförändringar*, se Tabell 1.

Tabell 1
Översikt över artikelresultat

Rubrik	Art. 1	Art. 2	Art. 3	Art. 4	Art. 5	Art. 6	Art. 7	Art. 8	Art. 9	Art. 10
Upplevelsen av den befintliga informationen			X	X		X	X	X	X	X
Upplevelsen av den information som ges i hjärtrehabiliteringsprogram	X						X			
Information som stöd i tillfrisknandet		X	X	X	X	X		X	X	X
Information som efterfrågas	X	X					X		X	
Information som en väg till förståelse						X	X			
Information om livsstilsförändringar			X		X	X			X	

Upplevelsen av den befintliga informationen

En normal önskan är att vara självständig, kunna klara sig själv och må bra. När en hjärtinfarkt inträffar existerar plötsligt inte det längre. Under sjukhusvistelsen anser kvinnor sig ha begränsade diskussioner om innebörden av en hjärtinfarkt och processen vid tillfrisknandet. Kvinnor upplever en brist av relevant information eller mottog motsägande information om hjärtinfarkten. En kvinna beskrev sin upplevelse på akuten som en tid då hon mottog begränsad information:

"I wondered if there was something that they were trying to hide. Talk to me, I thought. What's going on? They didn't know, but as soon as they did my first cardiogram, the nurse came back and started popping into me nitro pills under my tongue, so I knew then that it must be my heart. She didn't tell me anything, but I knew what nitro was for..." (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003, s.17).

När kvinnor får information om att rädsla och oro efter en hjärtinfarkt är normalt blir de lugnade. Efter hjärtinfarkten beskriver kvinnor hur de genom att prata med sjuksköterskor, kollegor, vänner eller släktingar reducerar den stress de kan uppleva efter sjukdomen. På sjukhuset uppgav kvinnor svårigheter i att prata med läkare för de var under tidspress, använde främmande termer och tog sig inte heller tid till att prata med dem. Sjuksköterskor har då en viktig roll i att ge information om kvinnornas tillstånd.

Kvinnor mottog generell information och råd rörande livsstilsförändringar, men den informationen var standardiserad och inte individuellt utformad. Den upplevdes som en reprimand och innehöll helt enkelt för mycket som inte fick göras. Denna typ av information tillsammans med redan existerande press blev svår att hantera, istället för att vara stöttande och hjälpfull. Informationen ledde till att de drabbade kvinnorna blev passiva och mer osäkra om hur de ska hantera sina liv. Konsekvensen blev att informationen i sig själv upplevdes som en börda. Sjuksköterskor har en möjlighet att utveckla en plan för att införa mer aktivitet i kvinnors dagliga rutiner. Sjuksköterskor bör hjälpa kvinnor identifiera mat som redan finns i den befintliga kosten och som har ett naturligt lågt fettinnehåll. Små förändringar är lättare att genomföra än att helt förbjuda mat. Kvinnor upplever att förbjuden mat skapar ilska och ger en känsla av berövande, vilket gör det till en hämmande faktor för livsstilsförändringar. Allteftersom kvinnor upplever framgång med små förändringar kan sjukvårdspersonal gradvis rekommendera andra förändringar. Det är viktigt att utveckla kortsiktiga uppnåeliga mål och positivt stödjande små steg. När de små förändringarna uppnåtts kan större livsstilsförändringar införas. Kvinnor kan genom att skapa utmaningar gå vidare och lägga tonvikten på sjukdomsmönstret för att kunna överväga nya möjligheter och potentialer med livet:

"You have to create a challenge for yourself. It doesn't matter what it is, but you must create meaning for your life." (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995, s.480).

Information behövs om kvinnors symtom vid hjärtinfarkt och det saknas kunskap om vid vilka symtom de ska söka sjukvård. Sjuksköterskor kan hjälpa kvinnor känna igen responsmönster och identifiera hälsosammare ageranden inför framtiden, tidig behandling av symtom kan vara en sådan intervention. Genom att reflektera över den information kvinnor erhöll på sjukhuset, uppgav de yngre arbetande kvinnorna att informationen var irrelevant och inte väsentlig för deras vardag:

”It says washing, shaving, dressing, reading, washing dishes and preparing light meals, playing cards, walking 2 to 4 miles per hour, climbing 1 to 2 flights of stairs slowly and shuffle board. It gives you an idea but it was meant for a 70 year old man. Not really relevant for me.” (Doiron- Maillet & Meagher- Stewart, 2003, s.17).

Ovanstående information gjorde kvinnor förvirrade med tanke på att deras riktlinjer och begränsningar inte är densamma. Kvinnor själva uppgav att det skulle ha hjälpt om en sjuksköterska satte sig ner och berättade för dem om deras sjukdom, hur de kan hantera förändringarna, deras begränsningar samt vad de kan förvänta sig framöver. Genom att ha få diskussioner med sjukvårdspersonal om hur det är att leva med hjärtinfarkt, ökar förvirringen om hur det är att vara en kvinna med hjärtinfarkt. Bristen på kunskap bidrog till deras känsla av osäkerhet om hjärtinfarktens innebörd. För kvinnor var den mest framgångsrika informationen den skriftliga, tillsammans med tillgängligheten av telefonrådgivning som kunde svara på direkta frågor. Med denna kombination kunde deras förståelse för informationen öka, och kvinnorna återfick en känsla av balans och ett perspektiv på tillvaron.

Upplevelsen av den information som ges i hjärtrehabiliteringsprogram

Många kvinnor får ingen information eller uppmuntran till att delta i hjärtrehabiliteringsprogram. De kvinnor som antingen fick en broschyr om det lokala hjärtrehabiliteringsprogrammet eller en kort förklaring var inte aktivt uppmuntrade att medverka. Inte heller fick de någon förklaring angående potentiella fördelar av hjärtrehabilitering i deras process för tillfrisknande. Processen i hjärtrehabiliteringsprogram är fylld med förändringar och justeringar. För många kan utmaningen till förändring bli överväldigande. En kvinna såg möjligheten att införliva förändringar i hennes livsstil som en enorm men nödvändig utmaning:

”Now I am faced with making all the changes. I have no choice now. Everything must change. I am so afraid to even put a French fry in my mouth. They said there are things you can change and things you can’t change. I need to put my energies into things I can change.” (Doiron-Maillet & Meagher- Stewart, 2003, s.21).

I hjärtrehabiliteringsprogram får kvinnor information om sjukdomen och utbildning i hur de kan minska risken för framtida hjärtproblem. I programmen får kvinnor även information och råd om hur livsstilsförändringar såsom ökad motion, rökstopp och kostförändringar kan införas. De får även information om riskfaktorer och vilka som kan ha orsakat deras hjärtinfarkt. Deltagarna ansåg att dessa råd inte innehöll information om hur förändringarna kan införas i vardagen. Till exempel informerades kvinnorna om vilka kostförändringar de borde göra, men hemma är de ansvariga för att laga mat till resten av familjen som inte vill göra de förändringarna, vilket gör det svårt att införa en förändring. Att delta i hjärtrehabiliteringsprogram ändrade nödvändigtvis inte kvinnors syn på symtom och orsak, eftersom rehabiliteringsinformationen fokuserade på de klassiska symtomen. De flesta deltagarna i denna studie hade andra typer av symtom. Detta fick vissa deltagare att känna sig onormala och hade svårt att acceptera att de verkligen hade haft en hjärtinfarkt. Vissa deltagare fick inte rådet att gå med i hjärtrehabiliteringsprogram. Även om deltagarna generellt var nöjda med hjärtrehabiliteringsprogrammen så tillgodosåg den inte alla behov. Det som saknades mest var det känslomässiga stödet under tillfrisknandet.

Programmen var inte flexibla att se till olika individers behov. De utgick ifrån antagandet att alla behöver samma information och stöd.

Kvinnor reflekterade över vilka fördelar de fick genom att dela med sig av sina erfarenheter till andra i liknande situationer, då de deltog i hjärtrehabiliteringsprogram. Programmen ger information om möjliga orsaker som deltagarna kan använda för att identifiera troliga orsaker till deras egen hjärtinfarkt. Kvinnor själva tror att faktorer såsom rökning, ärftlighet och mediciner orsakade deras hjärtinfarkt:

”As I say, I attributed it to stress because I have got a very sick husband(...), I have got to do all the thinking for him and see to everything so I have a fair old burden on my shoulders and I think that contributed, you know, together with my daughter, to my heart attack.” (Day & Batten, 2006, s.24).

Information som stöd i tillfrisknandet

Kvinnor önskar få information som kan hjälpa dem att förberedas för det ”nya livet” efter utskrivningen från sjukhuset. Perspektivet av tid var hjälpfyllt i utvecklandet av kvinnors förståelse för allvaret av sjukdomen. Den förståelsen kan vara användbar för motivation till att ändra tidigare riskbeteenden och till att söka hjälp i tid för återkommande symtom. Det behövs ansträngande försök för att uppnå långvariga livsstilsförändringar. Kvinnor behöver stöd för att kunna medverka i sin hälsoprocess istället för att ha känslor av maktlöshet och sårbarhet. De är beroende av vårdpersonal som istället för att pressa generaliserad information och fattar besluten för dem ska ta deras perspektiv i beaktning. Om detta är nonchalerat och om deras individualitet är förnekad känns det som om de inte har någon verklig betydelse eller någon mänsklig värdighet. En del kvinnor har ingen förståelse för hjärtinfarkt och många har frågor relaterade till konsekvenserna av sin hjärtinfarkt. Efter utskrivningen från sjukhuset var uppföljningsteamets medlemmar väldigt bra, särskilt sjuksköterskorna eftersom de kunde förklara allting relaterat till hjärtinfarkten.

För att möta det dagliga livet och förstå vad det medför att leva med en hjärtinfarkt behöver kvinnor ett stort stöd, främst när de kommer hem efter att ha lämnat sjukhuset. Kvinnor uttryckte en brist på stöd som fick dem att känna sig ensamma och övergivna vilket ökade deras osäkerhet. Även om kvinnor förlitar sig på besök hos allmänläkare för information och hantering av symtom, är behovet av sällskap och emotionellt stöd först och främst försörjt av partnern, familjen och vännerna. Det finns en brist på kommunikation mellan kvinnor och partnern. För att minska osäkerhet och rädsla för par som lever i en förändrad livssituation måste den information som ges följaktligen täcka kvinnans sjukdom, hur de kan hantera sjukdomen och hur återfall bäst kan förhindras. Kvinnor upplever att de ett får dåligt socialt stöd av sjukvårdspersonal det vill säga dålig undervisning, inga remisser samt ingen uppmuntran. Kvinnor kunde då skapa egna nätverk, dessa inkluderade partners, familj och vänner. De vände sig även till organisationer såsom Hjärt- och Lungsjukas förening, kommunen och religiösa grupper. Om en patient upplever att de blir bekräftade kan deras känsla av skuld och skam minska. Det är av stor betydelse att vårdpersonal informerar om stödgrupper:

"We have created support for each other when there was none there. I know what it feels like now to be understood, to be able to share." (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995, s.479).

Information som efterfrågas

Behovet av information är stort och kvinnor önskar information inom områden såsom kostrådgivning, var i hjärtat hjärtinfarkten inträffade och om de har fått några bestående skador på hjärtat. De vill veta varför de insjuknat i hjärtinfarkt och vad sjukdomen kommer att betyda för deras liv. Kvinnor känner sig lättade när de får information om deras diagnos. De kunde inte förstå varför de känt sig dåliga så länge eller vad deras obehag och konstiga smärta var för något. Det är nödvändigt att förstå kvinnors känslor för att kunna fastställa, planera och utvärdera omvårdnad. Kvinnor känner skuld och skam, en förståelse för detta kan hjälpa sjuksköterskor stötta och hjälpa kvinnor på ett bättre sätt. Det kan också underlätta att undervisa dessa patienter om hur de ska klara av och anpassas till det dagliga livet utanför sjukhuset. Undervisningen bör börja med en värdering av vad patienten har för behov, för att sedan följas upp med en individanpassad omvårdnad. Kvinnor uppger att de vill ha information om medicineringen, vad den är till för och vilka bieffekter den har. Kvinnor fick till exempel medicin för hypertoni utan att vara informerade om det höga blodtrycket.

Sjuksköterskors erfarenheter utav tillfrisknandet efter en hjärtinfarkt kan användas till att stärka kvinnor under den tid de är sårbara. Det är av stor vikt att kvinnor får relevant information på ett sätt så den lätt kan förstås och kvarhållas under en krissituation. Lika viktigt är det att ge patienter tillfälle att få regelbunden kontakt med sjukvårdspersonal för att kunna ställa frågor och få förklarande information.

Kvinnor anser det finnas en brist på trovärdig information. Den utmattning och oro kvinnor upplevde efter insjuknandet hängde samman med en generell brist på kunskap och förståelse om hjärtinfarkten. Efter hemkomst sökte en del kvinnor själva information ifrån olika källor. Kvinnor saknade kunskap om hur de kan känna igen symtom vid en hjärtinfarkt. De behövde specifik information såsom deras förväntade rehabiliteringsprocess, livsstilsförändringar, hantering av bröstsmärta samt andra problem. När kvinnorna kommit hem från sjukhuset och reflekterade över allt som hänt, uppgav de flesta en besvikelse över bristen på information från sjukvårdspersonalen. En del kvinnor medger dock att problemet kan ha varit relaterat till en brist på att erinra sig, acceptera, eller inte förstå vad som har sagts till dem.

Information som en väg till förståelse

Kvinnor går efter insjuknandet i hjärtinfarkt igenom tidigare beteende och livsstil för att förstå sin hjärtinfarkt och kunna strukturera livsstilsförändringar. I ett försök att förstå sin hjärtinfarkt sökte kvinnor information om hjärtsjukdom och riskförändringar, detta för att få en förståelse om händelsen och dess framtida konsekvenser. Även om sökandet efter mening möjliggör för kvinnor att etablera riktning för riskförändringar, var processen ofta associerad med känslor såsom ilska och skuld över att de själva har orsakat hjärtinfarkten. Kvinnor uppger varierade grader av oro för att få en ny infarkt. Deras oro grundas i brist på

kunskap om angina, hjärtinfarktrelaterade symtom samt kunskap om hur symtomen kan hanteras.

Efter en hjärtinfarkt tappar kvinnor kontrollen över sig själva vilket skapar många frågor om framtiden, som till exempel om hjärtat kommer att läka och hur framtiden kommer att se ut. En kvinna kommenterade om sin rädsla för att dö och inte finnas där för sin familj:

“/.../ How long do I have... well you hear people say that sometimes when you have a heart attack, maybe you only have four years left or only ten. I want to do all the things that I had planned. I don't want to die.” (Doiron-Maillet & Meagher- Stewart, 2003, s.20).

Information om livsstilsförändringar

Kvinnor har efter insjuknandet i hjärtinfarkt frågor relaterade till livsstilsförändringarna kost, alkoholkonsumtion och fysisk aktivitet såsom motion, yrkes och hushållsarbete:

“I'd like to know definitely- do I need to change the way I eat? Do I need more exercise? Do I need to get the stress out of my life? Or, Is this [the MI] just a physical thing that happens and none of those things are going to help?... Each time I saw the doctor [in the hospital] I wrote down two or three questions and asked him those questions, but he seemed to, well he had things to say to me so he said those things to me and those two, my questions and his answers didn't mesh which led me to believe this- that there are probably no specific answers to those questions and you just have to wait and see what happens.” (Jackson et. al., 2000, s.1407).

Att informera om att acceptera sin sjukdom för att gå vidare är viktigt. Kvinnor måste godta sig själva som de är och detta innebär att acceptera personliga begränsningar och kunna införa dessa begränsningar för att skapa ett nytt livsstilmönster. Sjukvårdspersonal måste se kvinnors styrkor och jobba utifrån dem. De bör uppmuntra kvinnor till vardagsmotion det vill säga använda trappor och klippa gräset. För kvinnor är sjukvårdspersonalen en del av det sociala stödet genom att de är lyhörda till deras individuella behov. Information från sjukvårdspersonal om livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt ges inte till alla kvinnor. De får själva ta tag i sitt liv och göra livsstilsförändringar såsom stresshantering och regelbunden motion. Kunskapen införskaffade de sig ifrån egen livserfarenhet samt informella källor.

Socialt stöd från omgivningen är viktigt för att hjälpa kvinnor påbörja och upprätthålla livsstilsförändringar. En brist på socialt stöd är en väldigt stark hämmande faktor medan positivt socialt stöd är en lika stark hjälpande faktor. Det är viktigt att par får en realistisk bild av kvinnans nya eventuella fysiska och sociala reaktioner för att förhindra oro om varför dessa uppkommer. Sådan information kan förhindra att par lever i oöverensstämmelse och inte kan diskutera sjukdomen eller deras känslor för rädsla av att oroa varandra. Kvinnor behöver få information om att de får ta tid till sig själva:

“For many women the experience of redefining priorities represented the first time in many years that they became the object of their own care, acting on behalf of themselves rather than for others.” (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995, s.479).

När fokus var på dem själva tilläts kvinnorna att övervinna många tidigare barriärer vad gäller livsstilsförändringarna motion, minskad stress och undvikandet av familjekonflikter. Bristen på samarbete från familj och vänner vid kvinnors försök att sluta röka, förändra kostvanor samt motion är en viktig hämmande faktor när det gäller livsstilsförändringar. Att ha andra i huset som fortfarande röker och behöva laga mat eller se andra äta förbjuden mat var den svåraste utmaningen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturstudie valdes till den här studien då syftet är att beskriva hur kvinnor upplever den information de får efter insjuknandet i hjärtinfarkt, samt vilken information de efterfrågar. Avsikten var att skapa en överblick och sammanställa all litteratur inom ramen för denna studie. Studiens syfte kunde inte besvaras genom intervjuer med sjuksköterskor och då intervjuer med patienter inte får genomföras valdes en litteraturstudie som metod. Litteratursökningen begränsades till enbart kvalitativa artiklar eftersom det är kvinnors egna erfarenheter som vill belysas (Kvale, 1997). Det tog tid att hitta artiklar som speglade syftet då många artiklar handlade om både kvinnor och män eller enbart män. Till resultatet hade författarna hoppats på att finna fler artiklar som kunde användas. Vid litteratursökningen användes flera olika sökordskombinationer, dock fann författarna samma artiklar oberoende av sökdatas. Detta kan vara en indikation på att det behövs mer forskning om kvinnor och deras informationsbehov. Utifrån en kraftig begränsning med inklusionskriterierna och exklusionskriterierna kan vissa artiklar ha uteslutits, och om en större bredd valts kunde resultatet eventuellt ha blivit annorlunda. Av de artiklar som valdes till resultatet, se Bilaga 2, har en del av dem använts mer än andra, se Tabell 1. Författarna läste de utvalda artiklarna till resultatanalysen var för sig för att på det sättet öka tillförlitligheten till resultatet. Artiklarna har ett spann på tolv år och det anser författarna inte vara för gammalt, då sjukvården fortfarande inte kan tillgodose kvinnors behov av information efter insjuknande i hjärtinfarkt. Artiklarna är enbart genomförda med kvinnor från västvärlden där livsstilen till stor del är densamma, vilket gör resultatet högst tillämpligt i Sverige. Dock kan resultatet kanske inte appliceras till andra delar av världen då levnadsförhållande och livsstil inte är densamma överallt. Studiens tillförlitlighet skulle kunna ökas om det istället gjordes intervjuer med de drabbade kvinnorna. I studien har tillförlitligheten hållits genom att resultatet kommer från tio stycken artiklar ifrån olika delar av västvärlden. Författarna till denna studie har egen erfarenhet av att vårda och vara anhörig till kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt. Den erfarenheten ger författarna en förförståelse för ämnet, men har valt att i analysen av resultatet bortse från den för att inte påverka resultatet. Detta för att kunna besvara den här studiens syfte och frågeställningar.

Resultatdiskussion

Det framgår i den här studien att kvinnor har ett behov av information efter insjuknandet i hjärtinfarkt. Enligt Nationalencyklopedin (1992) kan information ses som en nödvändig men ej tillräcklig förutsättning för kunskap i betydelsen djupare insikt. Med hjälp av en diskussion anser författarna att en djupare insikt kan fås, vilket kan hjälpa kvinnor med sin

förståelse för hjärtinfarkten. I denna studie framkommer det att kvinnor under sin sjukhusvistelse har begränsade diskussioner om innebörden av en hjärtinfarkt och processen vid tillfrisknandet med sjukvårdspersonal. Kvinnor upplever en brist av relevant information eller mottog motsägande information om hjärtinfarkten (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). Detta styrks av studien gjord av Ivarsson, Larsson och Sjöberg (2004) där det framkommer att patienter ibland får motsägande information och att den emellanåt kunde vara både otillräcklig och fel. Information är en viktig del för kvinnors tillfrisknande då den kan minska deras oro och ångest (Sjöström-Strand & Fridlund, 2005).

Patienter erbjuds enligt Ericson och Ericson (2002) individuell information och upplysning om att de kan få medverka i hjärtrehabiliteringsprogram. Men den informationen når inte alla patienter, vilket har framkommit i den här studien. Alla kvinnor får inte information om hjärtrehabiliteringsprogram eller uppmuntring till att delta (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). Det framkommer i den här studien att det är viktigt för kvinnor att delta i hjärtrehabiliteringsprogram. Programmen har en positiv inverkan och hjälper dem införa nödvändiga livsstilsförändringar. I hjärtrehabiliteringsprogram kan kvinnor finna stöd både hos sjuksköterskor samt hos andra drabbade patienter (Jones, Valle & Manring, 2001). Kvinnor beskriver att de upplever det som en stor fördel att i hjärtrehabiliteringsprogram få dela med sig till andra i en liknande situation. Kvinnor bör bli informerade om att hjärtrehabiliteringsprogram finns och bli aktivt uppmuntrade till att medverka om de vill vara med. Målen med hjärtrehabiliteringsprogram är att patienten ska lära sig sitt hjärtas begränsning (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). Denna studies resultat visar att kvinnor måste acceptera sina personliga begränsningar och godta sig själva som de är (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995). Sjukvårdspersonal måste se kvinnors styrkor och jobba utifrån dem. Det är bra att hjärtrehabiliteringsprogram finns så kvinnor kan få hjälp att tillfriskna. Dock är dessa program inte individuellt anpassade vilket de borde vara då alla patienter är olika (McSweeney och Coon, 2004). Den här studien visar att kvinnor saknar ett emotionellt stöd i hjärtrehabiliteringsprogram och anser programmen vara dåliga på att se till olika individers behov. Den information hjärtrehabiliteringsprogram ger till deltagarna om livsstilsförändringar är standardiserad. Det kvinnor saknar är råd om hur livsstilsförändringarna ska appliceras i vardagen. Det är svårt att ta till sig informationen när de inte vet hur de ska införa förändringarna. Kvinnor är till störst del ansvariga för matlagningen i hemmet och de anser det svårt att införa förändringar när resten av familjen inte vill äta samma mat (Day & Batten, 2006). Informationen om livsstilsförändringar bör även ges till familj och anhöriga. Detta för att underlätta förändringarna och att familjen samt anhöriga ska få en förståelse till varför det är viktigt (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Enligt denna studies resultat är det viktigt att införa livsstilsförändringar såsom ökad motion, sluta röka och införa kostförändringar (Day & Batten, 2006). Då de stora riskfaktorerna för hjärtinfarkt är just tobaksbruk, högt blodtryck, förhöjda blodfetter och diabetes (Sjukvårdsrådgivningen, 2006).

Den här studien ger till viss del svar på vad som ville uppnås vad gäller vikten av information. Men det framkommer även i resultatet att information tillsammans med stöd är betydande. Information om sjukdomen, hur hanteringen av sjukdomen genomförs samt hur återfall förhindras blir en form av stöd då kvinnor känner trygghet av att få informationen. Då stöd kan ges på många olika sätt är förutom information även det fysiska stödet betydelsefullt, det får kvinnor av vänner, familj och anhöriga. I denna studie

framkom att kvinnors största stöd är partnern och familjemedlemmarna, den fysiska närvaron var viktig efter insjuknandet i hjärtinfarkt (Worrall-Carter, Jones & Driscoll, 2005). Rädslan kan hos par som lever i en förändrad livssituation minska genom information om kvinnans sjukdom, hur den kan hanteras samt hur återfall bäst förhindras (Svedlund, Danielson & Norberg, 2001). Sjuksköterskor bör som patientansvariga genomföra en noggrann undersökning av kvinnors symtom, begränsningar samt det sociala ansvaret (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005). När stöd saknas skapar det en osäkerhet hos kvinnor (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Den här studiens resultat visar att kvinnor när de har ork och när de inte får stöd från sin familj kan försöka bilda egna stödgrupper som på ett bättre sätt tillgodoser deras behov (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995). I vården är det viktigt att uppmärksamma de kvinnor som inte har ett socialt nätverk (McSweeny & Coon, 2004). Då ett socialt nätverk har en positiv effekt i eftervården av en hjärtinfarkt kan sjuksköterskor informera de patienter med ett dåligt nätverk att det finns stödgrupper att vända sig till, som till exempel Hjärt- och Lungsjukas förening i Skövde.

Den forskning som finns till grund för många studier om hjärtinfarkter är till största delen gjord på män (Emslie, 2005). Det är då inte konstigt att den standardiserade information som ges på sjukhus i form av broschyrer till stor del inriktar sig på män. Kvinnor bör uppmärksammas mer och det är viktigt att tänka på hur informationen ges till dem. I enlighet med Halldorsdóttir (1991) är det viktigt att sjuksköterskor bekräftar patienten och ser till den individens behov. Författarna anser att sjuksköterskor kan göra det genom att ge individuell information. Kvinnor har andra informationsbehov än vad som finns forskat på idag. Det betyder att det behövs en utveckling av informationen som ges till kvinnor. I denna studie har det framkommit att den information kvinnor mottar inte är relevant för dem. Många känner inte igen sig i de symtom som beskrivs och den aktivitetsnivå de bör ha efter utskrivningen. Speciellt inte de yngre kvinnorna som har barn, jobb och ett socialt ansvar att komma tillbaka till (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). Muntlig information som styrks med skriftlig information är den mest trovärdiga (Wiles, 1998). Det är i enlighet med Jackson et. al. (2000) som i sin studie kommer fram till att skriftlig information tillsammans med en möjlighet att ställa frågor bäst tillfredställer kvinnors behov. Kvinnor bör få en möjlighet att kunna ringa till kompetent sjukvårdspersonal och ställa frågor som de undrar över efter hemgång. Den information som ges nu ger inte svar på alla de frågor som kvinnor har om sin nya situation.

Från den här studiens resultat framkom det att kvinnor efterfrågar information om kostrådgivning, lokaliseringen av hjärtinfarkten och om infarkten har gett några bestående skador på hjärtat (Jackson et. al., 2000). Efter insjuknandet i hjärtinfarkt söker kvinnor information om hjärtsjukdom och riskförändringar för att få en bättre förståelse om händelsen och de framtida konsekvenserna (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995). Kvinnors oro grundas i brist på kunskap om angina, hjärtinfarktrelaterade symtom och kunskap om hur symtomen kan hanteras (Doiron-Maillet och Meagher-Stewart, 2003). Denna studie visar att med kunskap om sjukdomen och dess symtom kan kvinnor snabbare lära sig hantera sjukdomen och se sina begränsningar, här har sjuksköterskor en viktig roll genom att bidra med sin kunskap om hjärtinfarkt. Genom att lära sig hantera sjukdomen och se sina begränsningar kan kvinnor ta ett viktigt steg till att kunna gå vidare och våga se framtiden (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995). När information ges till kvinnor om hjärtinfarkt och dess olika symtom bör den inkludera vilka känslor som de kan uppleva.

Kvinnor känner ofta en längtan av att förtränga och förneka sina symtom, bland annat på grund av det sociala ansvaret och en vilja av att skona anhöriga (Foster & Mallik, 1998). Enligt Halldorsdottir (1991) är sjuksköterskor som inte informerar patienter och ser till dennes behov en life-restraining person. De sjuksköterskorna utövar en omvårdnad som innebär att vara okänslig och likgiltig till patienterna. De skapar en modfällighet, bildar en oro och påverkar patienternas liv negativt. I stället bör sjuksköterskor enligt författarna ha en life-giving inställning och i sin omvårdnad bekräfta patienterna, vilket istället kan stärka och möjliggöra för lärande och läkning. Enligt Jackson et. al. (2000) ska sjuksköterskor ge adekvat information under patienternas hela sjukdomsprocess. Genom att sjuksköterskor delar med sig av sin erfarenhet om tillfrisknandet vid hjärtinfarkt kan kvinnor stärkas under den tid de är sårbara. I enlighet med Halldorsdottir (1991) är det viktigt att relationen med patienter bygger på respekt och ett förtroende för varandra. Kvinnor bör känna sig delaktiga i sin egen vård. Sjuksköterskor måste då vara lyhörda för kvinnors behov och informationen bör anpassas individuellt. Omvårdnaden är som bäst när kvinnor kan lämna sjukhuset med en känsla av hopp och optimism inför sin framtid. Sjuksköterskor har en viktig del i att information och undervisningen ges till både kvinnor och deras anhöriga.

Enligt den här studiens resultat bör sjuksköterskor göra information om livsstilsförändringar lättare för kvinnor att ta till sig och föra in i vardagen. Vid livsstilsförändringar är det viktigt att ta fram mat som redan är bra istället för att förbjuda en viss mat. Genom små förändringar kan kvinnor se sina framsteg och då är det lättare att införa större förändringar (McSweeney & Coon, 2004). När information ges angående motion är det enligt författarna bra att informera om att motion inte behöver vara ett gympass, utan den kan vara vardagsmotion, det vill säga klippa gräset, parkera längre ifrån ingången när de handlar och använda trappor istället för hissen. Kvinnor behöver få information om att de får ta tid för sig själva och lägga fokus på sig själva för att kunna införa livsstilsförändringar. De behöver denna information för den är viktig för deras tillfrisknande. Kvinnor måste acceptera sina begränsningar för att se nya möjligheter och skapa nya utmaningar för att kunna gå vidare i livet (Fleury, Kimbrell & Kruszewski, 1995). Sjuksköterskor kan hjälpa kvinnor gå vidare genom att ha en life-sustaining attityd. Den innehåller genuin vänlighet, omtanke, den minskar lidande, den håller löften och respekterar kvinnan (Halldorsdottir, 1991).

Konklusion

Studien har kommit fram till vilken typ av information kvinnor vill ha, men den visar även på en brist av information. Denna brist är av tillförlitlig-, motsägande- och relevant information. Med den här litteraturstudien har en sammanställning av hur kvinnor upplever den information de får, samt vad de efterfrågar genomförts, resultatet kan sjuksköterskor använda i vården av dessa kvinnor. Sjuksköterskor kan vara mer tillmötesgående och försöka skapa en mer individanpassad information till de patienterna. Alla uppfattar och tar in information på olika sätt. Därför bör all information ges individuellt och när kvinnor är redo att ta emot den. Studien visar att kvinnors informationsbehov inte tillgodoses. Detta tyder på att informationen måste ändras och individanpassas. I studien efterfrågar kvinnor mer individuell information. Där bland annat informationen angående livsstilsförändringar måste anpassas för att kvinnorna ska kunna ta in den i sin vardag. I den här studien

framkommer det att information är en form av stöd som kan hjälpa kvinnor gå vidare och tillfriskna. Detta var något som inte var planerat med studien men det visade sig att information till stor del är en form av stöd.

Förslag till fortsatt forskning

För att gå vidare med detta resultat är en kvalitativ intervju studie ett lämpligt alternativ. I intervjun kan kvinnor med egna ord beskriva hur de upplever den information de får efter insjuknandet i hjärtinfarkt, samt vilken information de efterfrågar. Genom en intervju kan resultatet ge svar på vad kvinnor vill ha för någon specifik information. Så att individuell information kan skapas för att möta det behovet. Då kan nya broschyrer utvecklas som har en större bredd för att möta de olika informationsbehoven som finns hos kvinnor.

Ett annat alternativ är en interventionsstudie där forskaren delar upp studien på två sjukhus. På ett sjukhus ges en standardiserad information till kvinnor inför deras hemgång. Ett annat sjukhus har en framställd individanpassad information som ges till andra kvinnor. Ett tag efter hemgång intervjuas kvinnorna om deras upplevelse av informationen, för att sedan jämföras med varandra. Då får författarna fram om den individuella informationen är bra, samt om det saknas något i den.

REFERENSER

* Artiklar som tillhör resultatet.

Ashton, K-C. (1997). Perceived Learning Needs of Men and Women after Myocardial Infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(1), 93-100.

*Day, W., & Batten, L. (2006). Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24, 21-6.

*Doiron-Maillet, N., & Meagher-Stewart, D. (2003). The Uncertain Journey: Women's Experiences following a Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 14-23.

Eastwood, J.A., & Doering, L.V. (2005). Gender Differences in Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(5), 340-351.

Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 382-359.

Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Polen: Studentlitteratur.

*Fleury, J., Kimbrell, C., & Kruszewski, M.A. (1995). Life after a cardiac event: Women's experience in healing. *HEART & LUNG*, 24, 474-482.

Folkhälsorapport. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Socialstyrelsen, 2005. Hämtad från WWW 2007-11-09: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>

Foster, S., & Mallik, M. (1998). A comparative study of differences in the referral behaviour patterns of men and women who have experienced cardiac-related chest pain. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 192-202.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (1: a uppl.). Danmark: Studentlitteratur.

Grefberg, N., & Johansson, L.G. (2003). *Medicin boken*. Åkerssons Tryckeri: Liber AB.

Halldorsdottir, S. (1991). Five Basic Modes of Being with Another. Kap 4. Gaut, D.A., & Leininger, M.M. *The compassionate Healer*, 36- 49.

Hammarström, A. (2004). *Genusperspektiv på medicinen - två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Kalmar: Högskoleverket.

- Hochman, J.S., Tamis, J.E., Thompson, T.D., Weaver, D.W., White, H.D., Van De Werf, F., Aylward, P., Topol, E.J., & Califf, R.M. (1999). Sex, clinical presentation, and outcomes in patients with acute coronary syndromes. *The New England Journal of Medicine*, *341*, 226-232.
- Holliday, J.E., Lowe, J.M., & Outram, S. (2000). Women's experience of myocardial infarction. *International Journal of Nursing Practice*, *6*, 307-316.
- Ivarsson, B., Larsson, S., & Sjöberg, T. (2004). Patients' experiences of support while waiting for cardiac surgery. A critical incident technique analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *3*, 183-191.
- *Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonson, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(6), 1403-1411.
- Johansson, A. (2005). *När kroppen sviker. En livsvärldsstudie om kvinnors erfarenheter av hälsa, sjukdom och vård i samband med en hjärtinfarkt.* (Licentiatavhandling i vårdvetenskap) IVOSA, Växjö: Växjö universitet.
- *Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *2*, 229-236.
- Jones, C.A., Valle, M., & Manring, S. (2001). Using Survival Analysis to Explore Female Cardiac Rehabilitation Program Adherence. *Applied Nursing Research*, *14*(4), 179-186.
- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(2), 113-124.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Danmark: Studentlitteratur.
- McDonald, D.D., Concalves, P.H., Almario, V.E., Krajewski, A.L., Cervera, P.L., Kaeser, D.M., Lillvik, C.A., Sajkowicz, T.L., & Moose, P.E. (2006). Assisting Women to Learn Myocardial Infarction Symptoms. *Public Health Nursing*, *23*(3), 216-223.
- *McSweeney, J.C., & Coon, S. (2004). Women's Inhibitors and Facilitators Associated with Making Behavioral Changes After Myocardial Infarction. *MEDSURG Nursing*, *13*(1), 49-56.
- Medicinska forskningsrådet. 2000. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning.* Stockholm: Centraltryckeriet.
- Miller, C.L. (2002). A review of symptoms of coronary artery disease in women. *Journal of Advanced Nursing*, *39*(1), 17-23.

- Miracle, V. A. (2006). Coronary Artery Disease in Women. The Myth Still Exists. *Dimension of Critical Care Nursing*, 25(5), 209-215.
- Nationalencyklopedin.(1992). Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB.
- O' Donnell, S., Condell, S., Begley, C., & Fitzgerald, T. (2005). In-hospital care pathway delays: gender and myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 14-21.
- Omran, S., & Al-Hassan, M. (2006). Gender differences in signs and symptoms presentation and treatment of Jordanian myocardial infarction patients. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 198- 204.
- Polit, D.F., & Beck- Tatano, C. (2004). *Nursing Research Principles and Methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- *Rosenfeld, A.G., & Gilkeson, J. (2000). Meaning of illness for women with coronary heart disease. *HEART & LUNG*, 29(2), 105-112.
- Sjukvårdsrådgivningen. (2006). *Hjärtinfarkt/Vad händer i kroppen?* Hämtad från WWW 2007-11-09: <http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=20505>
- *Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. (2005). Women's descriptions of coping with stress at the time of and after a myocardial infarction: A phenomenographic analysis. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1), 5-12.
- Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad från WWW 2007-11-10: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/B1390989-6804-4E17-A656-5D877CA87468/2616/20041033.pdf>
- Socialstyrelsen. (2007). *Hjärtinfarkter 1987-2004 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2005*. Hämtad från WWW 2007-11-15: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/46177C06-80B1-4008-8407-7AF204B21A20/7502/rev_2007424.pdf
- *Svedlund, M., & Danielson, E. (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 438-446.
- *Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 197-205.
- Wiles, R. (1998). Patients' perceptions of their heart attack and recovery: the influence of epidemiological "evidence" and personal experience. *Social Science and Medicine*, 46(11), 1477-1486.

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

Worrall-Carter, L., Jones, T., & Driscoll, A. (2005). The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction. *Contemporary Nurse, 19*, 211-221.

BILAGA 1

Tabell 2, Översikt av sökresultat

Databas	Sökord	Träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal använda artiklar
Academic Search Elite	Nurs* and women and myocardial infarction and rehabilitation	17	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	3	0
Academic Search Elite	Nurs* and women and myocardial infarction and experience	24	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	3	0
Academic Search Elite	Nursing and women and heart attack	77	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	8	1
Academic Search Elite	Nursing and care and women and myocardial infarction	26	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	8	0
Cinahl Ebsco	Women and myocardial infarction	166	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	7	1
Cinahl Ebsco	Women and myocardial infarction and hospital and information	4	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	1	0
Cinahl Ebsco	Women and coronary heart disease and experience	16	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	1	0
Cinahl Ebsco	Women and myocardial infarction and need and nursing	5	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	1	0
Cinahl Ebsco	Myocardial infarction and health and information and women	17	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	2	0

Pub Med	Myocardial Infarction and women and nursing and experience	63	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	11	4
Pub Med	Myocardial infarction and women and nursing	641	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	11	1
Pub Med	Myocardial Infarction and women and nursing and experience and hospital	3	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	0	0
Pub Med	Myocardial infarction and rehabilitation and women and nursing	163	Kvinnor, ålder mellan 25-100, publiceringsår mellan 1995- 2007 samt diagnos hjärtinfarkt eller kranskärslssjukdom	26	1
Summa		1 222		82	8

BILAGA 2

Tabell 3, Artikelöversikt

Artikel	Författare (år)	Syfte	Typ av studie	Deltagare	Datainsamling/ data analys	Huvudfynd
1	Day, W.& Batten, L. (2006).	Att utforska kvinnors uppfattning om hjärtrehabiliteringsprogrammets bidrag till deras tillfrisknande från en hjärtinfarkt.	Kvalitativ.	10 kvinnor.	Intervjuer. Grounded theory.	Det stora temat i denna studie är att återta vardagen. Deltagarna återtog sin vardag genom en social process.
2	Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (2001)	Syftet med denna studie var att belysa meningen av levda erfarenheter under den akuta fasen av en hjärtinfarkt, som berättas av kvinnor under den akuta fasen av sjukdomen.	Kvalitativ.	10 kvinnor.	Intervjuer. Fenomenologisk (hermeneutisk)	Kvinnorna identifierade sig själva som sårbara, ens egen person verkade vara på avstånd och hitta sig själv igen.
3	McSweeney, J. C., & Coon, S. (2004).	Syftet med denna studie var att identifiera de barriärer och de underlättande faktorer kvinnor möter vid försök att göra hälsomässiga förändringar efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ.	40 kvinnor.	Intervjuer. Etnograf-program på dator.	Studien identifierar både hämmande och hjälpsamma faktorer som påverkar kvinnors förmåga att implementera förändringar i hennes naturliga miljö.
4	Rosenfeld, A. G., & Gilkeson, J. (2000).	Syftet med denna studie var att beskriva meningen av en akut hjärthändelse och hjärtsjukdom för kvinnor med hjärtkärlsjukdomar.	Kvalitativ.	6 kvinnor.	Intervjuer. Grounded theory guide.	Den grundläggande processen som beskriver hur innebörden av sjukdomen kranskärlssjukdom utvecklades under tiden. Kvinnorna beskriver tre faser: förnekelse, bekräftelse och vara rädd.
5	Svedlund, M.& Danielson, E. (2003).	Syftet med denna studie var att belysa meningen av levda erfarenheter i det dagliga livet efter en akut hjärtinfarkt, som berättas av drabbade kvinnor och deras partners.	Kvalitativ.	9 kvinnor och deras partner.	Intervjuer. Fenomenologisk hermeneutisk metod.	Studien beskriver två teman: Att leva i en förändrad livssituation och se framtiden.

6	Fleury, J., Kimbrell, C. & Kruszewsky, M. A. (1995).	Syftet med denna forskning var att beskriva och analysera den psykologiska och sociala process som används av kvinnor vid tillfrisknande från en akut hjärthändelse.	Kvalitativ.	13 kvinnor.	Gruppsamtal. Grounded theory.	Läkningsprocessen består av tre stadier. Dessa är att överleva, bota samt skapa en ny balans i tillvaron.
7	Doiron-Maillet, N. & Meagher-Stewart, D. (2003).	Syftet med denna forskningsstudie var att utforska yngre kvinnors uppfattning av deras process vid tillfrisknande efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ.	8 kvinnor.	Intervjuer. Tematisk analys.	I studien växte teman fram: leva i ovisshet, med tre underteman: sanningen lärd från andra, bryskt uppvaknande och bortkopplad kunskap.
8	Johansson, A., Dahlberg, K. & Ekbergh, M. (2003).	Syftet med denna studie är att utforska kvinnors erfarenheter efter en hjärtinfarkt genom att använda ett livsvärldsperspektiv.	Kvalitativ.	8 kvinnor.	Intervjuer. Fenomenologisk ansats.	Studien består av följande teman: mitt hjärta och mitt liv, leva med en opålitlig kropp, när livet sviker, känslan av att vara sårbar och saknar deltagande samt försöker uppnå försoning.
9	Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Camron-Traube, E., Wade, V., Chin, C. & Salamonson, Y. (2002).	Denna studie syftar till att utforska erfarenheter kring tillfrisknandet hos kvinnor som överlevt deras första hjärtinfarkt i den första perioden efter utskrivning.	Kvalitativ.	10 kvinnor.	Intervjuer. Trestegs metod.	I perioden direkt efter hjärtinfarkten förväntades att kvinnorna skulle sakta ner, vila och göra stora förändringar i deras aktivitetsnivå. Denna period karaktiserades av rädsla, osäkerhet och emotionell instabilitet. I slutet av den tredje veckan förväntades sig kvinnorna att återfå sin hälsa.
10	Sjöström-Strand, A. & Fridlund, B. (2005).	Syftet med denna studie var att utforska och beskriva hur kvinnor hanterar stress under och efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ.	20 kvinnor.	Intervjuer. Fenomenologisk.	Kognitiva handlingar, social tillhörighet och känslomässig avledning var identifierade som ett sätt att hantera stress efter en hjärtinfarkt.