

KVINNORS UPPLEVELSE UNDER DET FÖRSTA ÅRET EFTER EN HJÄRTINFARKT

En litteraturstudie

WOMEN'S EXPERIENCE DURING THE FIRST YEAR AFTER AN MYOCARDIAL INFARCTION

A literature review

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Höskolepoäng
Vårtermin 2011

Författare: Tomas Anderstedt
Herman Johansson

SAMMANFATTNING

Titel:	Kvinnors upplevelser under det första året efter en hjärtinfarkt – en litteraturstudie
Författare:	Anderstedt, Tomas; Johansson, Herman
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Gunnarsson, Britt-Marie
Examinator:	Johansson Sundler, Annelie
Sidor:	17
Nyckelord:	Hjärtinfarkt, kvinnor, stöd, upplevelse, livskvalité

Hjärt- och kärlsjukdomar är en av de främsta dödsorsakerna i Sverige. Tiden från symtom till behandling av kvinnor kan bli fördröjd på grund av tvetydiga symtom, kvinnan väntar längre med att söka vård jämfört med mannen. Detta kan bero på att kvinnan förnekar sina symtom då hon inte tror att det är något allvarligt, såsom en hjärtinfarkt. Studiens syfte är att belysa kvinnors upplevelser under det första året efter en hjärtinfarkt. Metoden som valdes är en litteraturöversikt av kvantitativa och kvalitativa forskningsresultat vilka analyserades och resulterade i fyra teman. Resultatet visar att kvinnan behöver stöd och support från människor i omgivningen. Stödet som ges av familj och närstående upplevs vara viktigt, likaså stödet från den övriga omgivningen såsom exempelvis arbetskamrater, grannar eller liknande. Kvinnorna uttrycker även ett stort behov av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal, vilka de upplever som alltför medicinskt fokuserade. Resultatet visar även att kvinnor använder sig av en relativt förnekande copingstrategi i hopp om ett snabbare återhämtande, denna förnekelse kan dock utgöra en risk för kvinnans relationer samt för kvinnans självkänsla, vilket i sin tur kan bidra till oro och depressioner i efterförloppet.

ABSTRACT

Title: Women's experiences during the first year after an myocardial infarction - A literature review

Author: Anderstedt, Tomas; Johansson, Herman

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, OM525G, 15 ECTS

Supervisor: Gunnarsson, Britt-Marie

Examiner: Johansson Sundler, Annelie

Pages: 17

Keywords: Myocardial infarction, women, support, experiences, quality of life.

The time from symptoms to treatment of women is generally longer because of the ambiguous symptoms, the woman waits longer before seeking care compared with men. This may be the reason why the woman denies their symptoms when she doesn't think there is something serious, such as a heart attack. The aim of this study is to illustrate women's experiences during the first year after an acute myocardial infarction. The chosen method is a literature-based study of quantitative and qualitative research results which were analyzed and resulted in four themes. The results show that the woman needs support from various instances and people in their surroundings. The support given by family and relatives indicates by the informants to be important, as well as support from the rest of the surroundings such as colleagues, neighbors, or similar are seen as important. The women also expressed a great need for support from health care professionals, which they perceive as poor. The results also show that women use a denial coping strategy in hopes for faster recovery. This denial may constitute a risk to the woman's relationships, as well as for the woman's self-esteem, which in turn can contribute to anxiety and depressions.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HJÄRTINFARKT, ORSAK OCH SYMTOM.....	1
OMVÅRDNAD OCH BEHANDLING UR ETT GENUSPERSPEKTIV	2
HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE EFTER EN HJÄRTINFARKT.....	3
INDIVIDANPASSAD INFORMATION OCH COPINGSTRATEGIER	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	5
DATAINSAMLING.....	5
URVAL	5
DATAANALYS.....	6
ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	7
RESULTAT	8
BETYDELSEN AV NÄRA RELATIONER	8
BEHOV AV STÖD I VÅRDPROCESSEN	10
UPPLEVELSEN AV EN ANDRA CHANS	10
ATT KÄNNA TRÖTTHET OCH FÖRNEKELSE	11
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	14
KONKLUSION	16
IMPLIKATIONER I VÅRDEN.....	17
REFERENSER	18

BILAGOR

1. Tabell över analyserad litteratur

INLEDNING

Hjärt- och kärlsjukdomar är en av de främsta dödsorsakerna bland både kvinnor och män i Sverige. Varje år söker ungefär 150 000 människor akut för någon form av bröstsmärta, senare i vårdförloppet visar det sig i majoriteten av dessa fall att smärtan inte är relaterad till hjärtat (Socialstyrelsen, 2009). Det kan vara allt från exempelvis magåkommor till psykosomatiska lidanden. Kvinnors symtom för hjärtinfarkt kan vara svåra att tolka då de visar mycket varierande symtom. Symtomen kan yttra sig såsom exempelvis livmodersbesvär, magbesvär, andfåddhet eller till och med hicka, vilket kan vara problematiskt vid prehospitalt samt akut omhändertagande (Albarran, Clarke & Crawford, 2007). Detta kan i förlängningen leda till att tiden för adekvat behandling blir fördröjd, vilket inte är tillfredställande då tidsaspekten är en betydande faktor för snabb rehabilitering.

Den första månaden efter en hjärtinfarkt är en psykiskt och känslomässigt påfrestande period. Denna period kan upplevas kaotisk, det är svårt att veta hur livet efter händelsen kommer att utvecklas. För kvinnan har det visat sig problematiskt att hitta trygghet den närmsta tiden efter en hjärtinfarkt. Tiden efter en hjärtinfarkt har en del kvinnor en förnekande attityd vilket kan innebära hinder i vardagen och deras relationer. Av denna anledning krävs det en bra vårdrelation för att patienten ska kunna känna trygghet i situationen samt kunna tillgodogöra sig given information för att på detta sätt främja upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Efter en traumatisk händelse behövs stöd från omgivningen, såsom hälso- och sjukvårdspersonal, familj, närstående och vänner. Således behöver information även ges till kvinnans närmaste omgivning för att den drabbade kvinnan ska kunna uppnå hälsa och välbefinnande (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005a).

BAKGRUND

Varje år drabbas ungefär 36 000 människor i Sverige av hjärtinfarkt varav ungefär 15 000 är kvinnor. År 2006 inträffade i Sverige 667 fall av hjärtinfarkt per 100 000 män och 477 fall per 100 000 kvinnor i åldrarna 20 år och uppåt. Insjuknandet i hjärtinfarkt minskar för närvarande något nästan varje år. Mellan 2005 och 2006 var minskningen två procent för kvinnor och drygt tre procent för män (Socialstyrelsen, 2009). Varför minskningen går snabbare för män än för kvinnor är okänt. Carrabba m fl (2004) framhåller att nästan 50 % fler kvinnor än män dör under själva sjukhusvistelsen. Detta kan bero på att kvinnorna i genomsnitt är tio år äldre än männen vid insjuknandet, samt att kvinnorna oftast bär på fler sjukdomar.

Hjärtinfarkt, orsak och symtom

En hjärtinfarkt är en hjärtmuskelskada som uppkommer på grund av syrebrist i något av hjärtats kranskärl. Denna skada är irreversibel vilket innebär att uppkommen skada inte går att återställa. En hjärtinfarkt orsakas oftast av antingen en propp som fastnar i ett kranskärl, en

förträngning i kranskärnen eller av kärlespasm i kranskärnen. Symtomen är således olika beroende på hur stor strypning som sker av blodtillförseln (Ericson & Ericson, 2008).

Kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt är generellt 10-15 år äldre än männen. En tänkbar anledning till detta är att kvinnor skyddas från tidig ateroskleros av kvinnliga könshormoner. Menopausen inträder som regel i 50-årsåldern och då avtar produktionen av östrogen. Det har visat sig att incidensen av hjärt- och kärlesjukdomar hos kvinnor ökar avsevärt efter menopausens inträde i 50- och 60-årsåldern (Amowitz, Ridker, Rifai, Loughrey & Komaroff, 2004). Kvinnor har även större prevalens än männen vad gäller tidigare sjukdomar såsom hjärtsvikt, diabetes, hypertoni, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och astma. Garavalia m fl (2007) visar att det finns ett tydligt sammanband mellan multisjukdom och hjärtinfarkt.

Kvinnor har ofta atypiska symtom på hjärtinfarkt samtidigt som män förklarar sin smärta som lokaliserad i bröstregion med varierande utstrålningar medan kvinnor kan förklara det såsom exempelvis hicka, influensa, andfäddhet, eller smärta från bukregionen (Ericson & Ericson, 2008). Rosenfeld, Lindauer och Darney (2005) bekräftar detta i sin studie där informanterna berättar att de upplevde symtomen såsom magbesvär. De misstänkte aldrig att det kunde röra sig om hjärtproblematik. Detta kan leda till att behandlande läkare har svårare att diagnostisera tillståndet och detta kan vara en av anledningarna till varför det tar längre tid från symtomdebut hos kvinnor till att adekvat behandling påbörjas. Tiden från symtom till behandling av kvinnor är överlag längre på grund av tvetydiga symtom, kvinnan väntar längre med att söka vård jämfört med mannen. En möjlig orsak till denna avvaktande strategi med att söka vård kan vara att symtombilden inte alltid går att härleda till hjärtat. Detta kan leda till att kvinnan förnekar sina symtom då hon inte tror att det är något allvarligt såsom en hjärtinfarkt. Denna förnekelse kan i den akuta fasen bli farlig eftersom fördröjning av vård kan förekomma då de inte tror att det rör sig om en hjärtinfarkt. Samtidigt kan förnekelse av situationen ge positivt resultat då det kan leda till att oron minskar och i sin tur ökar välbefinnandet (a.a.).

Omvårdnad och behandling ur ett genusperspektiv

Akuta symtom och smärtupplevelser kan variera avsevärt mellan olika individer och framför allt mellan könen (Ericson & Ericson, 2008). Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007) belyser kvinnor och mäns strävan efter att hitta en balans i sin vardag efter en hjärtinfarkt. Upplevelsen av välbefinnandet baseras på förmågan att bemästra sin situation med öppenhet samt kommunikation med berörda parter, såsom vårdpersonal, anhöriga med flera. Jackson m fl (2000) visar i sin studie att kvinnor överlag inte känner sig betrodna. Kvinnorna kan inte heller inte riktigt beskriva med ord hur känslan av hälsa och välbefinnande upplevs i sammanhanget, de upplever dock allt som oftast att de inte har någon direkt bröstsmärta (Albarran, Clarke & Crawford, 2007).

Kvinnan som drabbas av en hjärtinfarkt är ofta påverkad av oro och ångest vilket kan påverka vårdförloppet och rehabiliteringen negativt. Således är det ytterst viktigt med en individanpassad omvårdnadsplan som den specifika kvinnan kan tillgodogöra sig på ett adekvat sätt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005a). Förutom medicinsk och kirurgisk

behandling är det även viktigt med en lugn omgivning. Stress i samband med hjärtinfarkt kan förvärra situationen då stressen i denna situation påverkar hjärtat negativt genom att stresshormoner frisätts och belastar ett redan ansträngt hjärta ännu hårdare (Suserud & Svensson, 2009).

Hälsa och välbefinnande efter en hjärtinfarkt

Omvårdnadsteoretikern Hendersons (1997) menar att sjuksköterskans huvuduppgift är att tillgodose patientens behov och genom detta hjälpa patienten att återvinna sitt oberoende, samt att hjälpa patienten att uppnå det han eller hon upplever som hälsa och välbefinnande eller en fridsam död. Att direkt definiera begreppen hälsa och välbefinnande är svårt och således finns det ett antal olika definitioner av dessa centrala begrepp. Henderson (1997) förklarar begreppet hälsa såsom något mer än bara frånvaro av sjukdom. Benner och Wrubel (1989) kritiserar begreppet hälsa vilket kan vara anledningen till varför de definierar begreppet hälsa på följande vis, "Hälsa är en känsla av sammanhang som har sitt ursprung i att tillhöra en sociokulturell gemenskap med en inneboende mening som individen lever ut i form av sina 'speciella intressen'" (a.a. s 159). Benner och Wrubel (1989) föredrar att istället använda begreppet välbefinnande vilket kan vara anledningen till den något med ödmjuka definieringen som lyder, "Välbefinnande innebär att det råder överensstämmelse mellan individens möjligheter och hans faktiska tillvaro och upplevda mening, och bygger på omsorg och känslan av att vara omhändertagen"(a.a. s 160).

Livet efter en hjärtinfarkt är fullt av oro och osäkerhet gentemot sin levda kropp, osäkerhet på om kroppen kommer att klara av vardagen eller inte. Detta innebär att tvivel uppstår vilket i sin tur leder till att patienten ifrågasätter sin existens. Genom försoning med sin kropp och sin situation ökar sannolikheten för kvinnorna att uppnå känsla av hälsa och välbefinnande i livet (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Travelbees (2006/1966) teori som utgår ifrån en existentiellistisk människosyn förklarar detta sammanhang på ett sätt som tydliggör vikten av individanpassad vård. Travelbee (2006/1966) skriver att människan är en unik varelse som endast existerar en gång i en värld. Av denna anledning bör människan hitta en mening med det som sker för att i förlängningen uppnå personlig utveckling.

Upplevelsen av sammanhang är avgörande för hur individen hanterar och reagerar på en påfrestande händelse. Känslan av sammanhang kan bidra till att få den nya situation som en hjärtinfarkt medför under kontroll vilket bidrar till att den drabbade individen lättare anpassar sig i den livssituation som den levda kroppen nu befinner sig i. Ett annat uttryck för denna meningsfullhet, eller känsla av sammanhang kan även förklaras med ordet Coping, som enligt Antonovsky (1987) beskriver människans förmåga att hantera stressfyllda samt känslomässigt krävande situationer.

Individanpassad information och copingstrategier

Brink, Persson och Karlson (2009) nämner att äldre forskning inom coping fokuserades på förnekelse. Detta har ändrats på senare tid. Enligt Antonovsky (1987) fokuserar man numer på

hur människan hanterar en stressfylld situation. För att uppnå detta beskrivs tre områden av situationsanpassning såsom att situationen ska vara meningsfull, begriplig samt hanterbar. För att uppnå detta krävs således mottaglighet för information och stöd av en informatör som ger individanpassad information som är hanterbar för mottagaren, i detta fall patienten.

Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005a) skriver att det generellt är kvinnan som sköter det gemensamma hemmet, detta kan vara en anledning till varför kvinnan inte fokuserar på sig själv efter en hjärtinfarkt. De vill inte ta till sig informationen som gäller deras sjukdomstillstånd, krav på livsstilsförändringar och återhämtning utan fokuserar på hur exempelvis hemmet sköts. Förslagsvis kan all information som ges muntligt även dokumenteras i en så kallad ”hjärtpärm” som patienten får ta med sig hem efter sjukhusvistelsen för att i ett senare skede gå tillbaka och reflektera över händelsen (Ericson & Ericson, 2008). Sjukvårdspersonal bör öka sin medvetenhet angående detta för att hjälpa kvinnan med att vilja söka och ta till sig information för att främja välbefinnandet i sin livssituation (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007). I en annan studie av Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005a) beskriver de vikten av att få med hela familjen i vårdandet. Kvinnan fokuserar inte på kraven av livsstilsförändringar utan snarare på hur sjukdomen påverkar det dagliga livet med exempelvis familj och hushållsarbete. Där finns även vissa tveksamheter om hur livsstilsförändringarna som krävs ska implementeras i vardagen med hänsyn till gamla familjevanor och invanda rutiner (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Att drabbas av en hjärtinfarkt är en dramatisk händelse som kan orsaka osäkerhet och rädsla. För en del blir tillvaron aldrig densamma igen. Tidigare forskning visar hur symtomen hos kvinnor kan variera, vilket kan leda till försenad diagnos som i sin tur bidrar till fördröjd behandling. Detta kan även påverka hälsa och välbefinnande i efterförloppet. Sjuksköterskan behöver kunskaper om hur kvinnan upplever situationen efter en hjärtinfarkt för att öka möjligheterna att tillgodose patientens omvårdnadsbehov, vilket kan hjälpa patienten till ökad känsla av hälsa och välbefinnande i efterförloppet. Därför är det väsentligt att belysa kvinnors upplevelser under första året efter en hjärtinfarkt.

SYFTE

Syftet med denna studie är att belysa kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt, det första året efter insjuknandet.

METOD

Metoden som valdes för denna studie var en litteraturbaserad studie (Friberg, 2006). Denna metod tillämpar nya frågeställningar på tidigare publicerat forskningsmaterial vilket kan bidra till utveckling av kunskap från tidigare forskning. En litteraturöversikt är en kritisk, skriftlig sammanställning av befintlig forskning inom ett specifikt område. En litteraturöversikt är ett strukturerat arbetssätt för att skapa en överblick över ett utvalt forskningsområde (a.a.).

Datainsamling

Det första steget i litteratursökningen var att anlägga ett helikopterperspektiv där fokus inte var inriktat på detaljer utan på att få en överblick av det valda området. Datainsamlingen genomfördes genom en systematisk sökning på databaserna Cinahl samt Medline. Systematisk sökning innebär att sökningen inleds brett och därefter begränsas genom tillägg av sökord samt tillämpning av boolesk söklogik (Friberg, 2006).

Urval

Inklusionskriterier för denna studie var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade samt innehålla kvinnors upplevelser från insjuknandet till cirka ett år efter (Friberg, 2006). Enbart artiklar publicerade efter år 1997 till och med 2010 var relevanta i denna studie. Begränsningar avseende kvalitativa eller kvantitativa har ej gjorts. De artiklar som ej innehöll relevanta resultat för denna studies titel eller syfte exkluderas. Vidare exklusionskriterier var att artiklarna ej fick vara för medicinskt inriktade samt att de inte i huvudsak fokuserade på upplevelser från män.

Samtliga sökord är kontrollerade i verifieringsinstrumenten, MeSH och Thesaurus. Sökorden *following*, *experience*, *Social support*, *Narratives*, *Survivors* verifierades endast i Thesaurus, dock ger dessa sökord ett relevant utbud av artiklar, vilket är anledningen till att sökorden ändå valdes att användas. Thesaurus godkände inte *quality of life*. Då *quality of life* verifieras i MeSH samt genererar användbara artiklar inkluderas detta sökord. Ordet *Swedish* verifierades inte av något instrument, dock är detta enda sättet att inkludera en landsbestämning i sökningen vilket avgjorde varför sökordet ändå användes. I figur 2 redovisas de sökningar som är genomförda samt vilka kombinationer som använts utifrån sökordsredovisningen i figur 1. Dessa sökningar resulterade i 10 artiklar vilka valdes för analys. Studien gjord av Johansson och Ekebergh (2006) togs fram efter rekommendation och sökvägen redovisas i referenslistan.

Figur 1: Sökordsöversikt samt verifieringsresultat.

	Sökord	MeSH	Thesaurus
#1	myocardial infarction	Verifierat	Verifierat
#2	(wom* OR female*)	Verifierat	Verifierat
#3	(Following OR after)		Verifierat
#4	quality of life	Verifierat	
#5	Coping	Verifierat	Verifierat
#6	Suffer*	Verifierat	Verifierat
#7	Experience*		Verifierat
#8	Swedish		
#9	Social support		Verifierat
#10	Communication	Verifierat	Verifierat
#11	Narratives		Verifierat
#12	(Following OR after OR during)	Verifierat	Verifierat
#13	Survivors		Verifierat

Figur 2. Översikt över sökord och kombinationer, antal träffar samt antal utvalda artiklar

	Sökord	Träffresultat från Cinahl				Träffresultat från Medline			
		Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Urval	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Urval
1	#1 AND #2	8610				73999			
2	#1 AND #2 AND #3	3339				34391			
3	#1 AND #2 AND #3 AND #4	142	142	15	2	639			
4	#1 AND #2 AND #3 AND #5	53	53	6	1	74	50		
5	#1 AND #2 AND #3 AND #6	87	50	8	1	1399			
6	#1 AND #2 AND #3 AND #7	385				2702			
7	#1 AND #2 AND #3 AND #7 AND #8	6	6	3	2	7	7		
8	#1 AND #2 AND #3 AND #9	68			1	194			
9	#1 AND #2 AND #3 AND #10	27				121	40	8	1
10	#1 AND #2 AND #11 AND #12	18				6	6	3	1
11	#1 AND #2 AND #4 AND #13	12	10	2		81	20	4	1

Valda artiklar analyserades i olika steg utifrån en modell enligt Friberg (2006) där det första steget var att läsa studiernas titel för en första jämförelse med denna studies syfte. Därefter lästes abstrakt för en ytterligare jämförelse med denna studies syfte. Denna granskning ledde till att ett antal artiklar fick väljas bort då de inte överensstämde med studiens syfte. De artiklar som valdes ut efter detta granskades utifrån ett frågeformulär för en litteraturoversikt som innebär att kvalitén av artiklarna utvärderas (a.a. sid. 119). De valda artiklarna ansågs uppfylla dessa krav. Slutligen lästes artiklarna igenom för en sista jämförelse med studiens syfte och problemformulering valdes ut för analys (Bilaga 1).

Dataanalys

Analysarbetet genomfördes utifrån modellen *Att göra en litteraturöversikt*. Artiklarnas resultat lästes först igenom ett flertal gånger för att på detta sätt få en känsla av de handlade om. Därefter sammanställdes bärande delar i datan som benämndes med bärande nyckelord, vilka var framträdande i texterna. Nästa steg innebar att sortera datan utifrån likheter och skillnader, detta för att få det överskådligt samt underlätta arbetet med att sortera datan. Vidare bearbetades texterna till sammanhängande texter vilket resulterade i ett antal grupperingar som slutligen låg till grund för de teman som redovisas i studiens resultat (Friberg, 2006).

Etiska överväganden

Avsikten i denna studie är att presentera resultatet på ett objektiva sätt. Detta genom medvetenhet om att plagiering eller förändring av innehållet i genomgången litteratur inte får ske (Polit & Beck, 2008). Vi förbehåller oss rätten för feltolkningar då svenska är vårt modersmål och genomgången litteratur är överhängande skriven på engelska. Förövrigt finns inte några forskningsetiska problem då materialet som använts i studien bygger på granskade artiklar av en forskningsetisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2008), således anses risken för kränkningar minimal. Tio artiklar är även granskade av etiska nämnder innan de genomfördes. En artikel innefattar inte patienter, utan före detta patienter vilka har återgått till hemmet innan studien genomfördes vilket innebär att de inte behöver vara etiskt granskade. Dock redovisar författarna väl utförda etiska överväganden som krävs för en intervjustudie.

RESULTAT

Första året efter en hjärtinfarkt innebär stora förändringar av livet, såväl fysiska begränsningar och förutsättningar samt den psykiska hälsan. Ett bärande begrepp som framstod i analysen är vikten av att känna stöd. Detta genomsyrar även större delar av resultatet som är indelat i fyra teman vilka redovisas i figur 3.

Figur 3. Teman efter genomgången litteratur

Betydelsen av nära relationer
Behov av stöd i vårdprocessen
Upplevelsen av en andra chans
Att känna trötthet och förnekelse

Betydelsen av nära relationer

Forskning inom området visar att kvinnan behöver stöd och support från olika människor i omgivningen, såsom familj, sjuksköterskor, läkare och samtalsgrupper med flera. Stödet som ges av familj och närstående anges vara oerhört viktigt, likaså stöd från den övriga omgivningen såsom exempelvis arbetskamrater, grannar eller liknande är även dessa viktiga, allt är beroende på hur relationen ser ut (Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009; Svedlund & Danielson, 2003; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005a; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Hildingh & Fridlund, 1997; Kamm-Stiegelman, Kimble, Dunbar, Sowell & Bairan, 2006). Dessa relationer är inte statiska eller förutbestämda med avseende på hur situationen såg ut innan insjuknandet. En relation kan vara komplex samtidigt som den kan vara avgörande för hur livet kommer att te sig för den drabbade kvinnan.

Denna nära relationen upplevs av de drabbade kvinnorna som oerhört meningsfull, oavsett vilken person det egentligen handlar om. Det är således intensiteten av relationen som är avgörande för om den upplevs som nära och meningsfull eller inte. Här innefattas alla ifrån det äktenskapliga förhållandet till relationen med granne eller liknande. Denna meningsfulla relation gav energi och glädje i den drabbades liv vilket minskade känslan av sårbarhet. Dock finns det en osäkerhet hos kvinnan för att de relationer som existerade innan insjuknandet kan äventyras då det finns en rädsla inför vad som kommer att hända i framtiden. Informanter uppgav att de märkte att vännerna var rädda för att något obehagligt skulle hända, såsom en ny hjärtinfarkt. Detta ledde till att relationen sakta avtrubbades. Denna förändring i relationen med familj och vänner kan bero på att de närstående har blivit överbeskyddande av rädsla för att kvinnan ska återinsjukna i en ny hjärtinfarkt. En del av kvinnorna hade inte någon

livskamrat såsom make eller liknande, här visade sig att nära relationer med vänner eller liknande ersatte detta behov av närhet från en livskamrat. De kvinnor som av olika anledningar inte hade tillgång till någon form av närhet, alternativt att relationerna av olika anledningar avbrutits uppgav att de hade en känsla av ensamhet och tomhet, vilket även leder till ett ökat lidande för kvinnan. De relationer som fanns i kvinnans liv innan insjuknandet upptäcktes av olika anledningar inte upplevdes så bra som de tidigare trott, alternativt att de nära relationerna var betydligt färre (Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009; Roebuck, Furze & Thompson, 2001; Svedlund & Danielson, 2003).

Den drabbade kvinnan upplever att familjens förståelse för vad sjukdomstillståndet egentligen innebar var liten. Detta kan vara en anledning till varför närstående började sätta gränser för vad kvinnan fick göra, såsom exempelvis att motionera mindre än vad läkarna rekommenderat, begränsa antalet dagliga aktiviteter eller liknande, detta just på grund av rädsla för återfall av sjukdomen. Detta gjorde att kvinnan kände sig frustrerad över att inte få bestämma över sig själv (Roebuck, Furze & Thompson, 2001). Denna oro för återfall kan även påverka relationen negativt vilket leder till att relationen successivt avtar i intensiteten. Detta kan i sin tur leda till att en oönskad ensamhet uppstår vilket bidrar till ett ökat lidande för kvinnan samt att det ökar kvinnans känsla av ensamhet (Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Trots dessa hinder i relationerna har det visat sig att det viktigaste känslomässiga stödet för den drabbade kvinnan är just det stöd som ges av familj och närstående (Hildingh & Fridlund, 1997; Norekvål, Wahl, Fridlund, Nordrehaug, Wentzel-Larsen & Hanestad, 2007). Ett bra äktenskapligt förhållande, eller ett liknande förhållande är otroligt värdefullt för kvinnan för att känna styrka och därigenom ett välbefinnande i sin livssituation (Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009).

Familj och närstående anser att det är kvinnan som är den starka i familjen, samt är hon den som till stor del sköter det gemensamma hemmet, vilket även kvinnan själv anser. Under själva sjukhusvistelsen har det visat sig att kvinnan är orolig inför hur det gemensamma hemmet sköts, samt hur partnern är kapabel till att klara av den uppstådda situationen. Dock upplevs ett stort stöd av närstående då de ger en tröst vilket även lindrar den ständigt hotande depressionen (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005b; Kamm-Stiegelman, Kimble, Dunbar, Sowell & Bairan, 2006; Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009).

I den äktenskapliga relationen visas stor omtanke om varandra, dock verkar det som att de lever sida vid sida utan att dela tankar och erfarenheter med varandra. Kvinnan tycker inte om att diskutera sjukdomen med nära och kära då det leder till oro för henne själv, en oro för att detta kan leda till en depression eller att de ska uppfattas som ”gnälliga” av familjemedlemmarna och vänner (Brink, Karlson & Hallberg, 2005; Svedlund & Danielson, 2003).

Behov av stöd vårdprocessen

Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär en hastig omställning ifrån att vara helt självständig till att plötsligt inta en patientroll vilket medför känslor av oro och osäkerhet inför framtiden. Upplevelsen av att förlorat sitt oberoende leder till att kvinnan inte längre kan påverka sin egen hälsa och välbefinnande. Av denna anledning upplever de ett stort behov av stöd och information från vårdpersonalen. Tyvärr har det visat sig att kvinnorna upplever att vårdpersonalen till stor del fokuserade på den medicinska behandlingen vilket leder till att kvinnan upplever hinder i deltagandet av den egna hälsoprocessen (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Johansson & Ekebergh, 2006; Roebuck, Furze & Thompson, 2001). Roebuck, Furze och Thompson (2001) skriver vidare att när kvinnorna var på återbesök upplevde de att vårdpersonalen var mest intresserade av den medicinska uppföljningen samt förnyande av medicinska åtgärder såsom förnyande av recept, läkemedelsförändringar eller liknande. Trots att kvinnorna upplever sig negligerade beträffande den kommunikativa kontakten med vårdpersonal har det visat sig att kvinnan upplever ett relativt stort stöd av vårdpersonalen. Under det första året efter insjuknandet ökar känslan av stöd från vårdpersonalen successivt allt efter som tiden går (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005b; Hildingh & Fridlund, 1997).

Ur berättelser av drabbade kvinnor framkommer att kvinnorna står handfallna inför den nya situationen med stor osäkerhet inför vad som kommer att hända. De är inte känslomässigt engagerade i vad som händer och försöker förtränga det faktum att de faktiskt har genomgått ett allvarligt sjukdomstillstånd. Detta leder till att de inte vet hur de på egen hand ska uppnå hälsa och välbefinnande. Således är de även passiva i sin vårdprocess samt att kvinnorna i det närmaste verkar vara urfasade ur den egna hälsoprocessen (Johansson & Ekebergh, 2006; Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001). Trots ovanstående är det tydligt att kvinnorna är helt beroende av hälso- och sjukvårdspersonal för att rehabilitering samt tillfrisknandet ska få en positiv utgång (Johansson & Ekebergh, 2006).

Upplevelsen av en andra chans

Att drabbas av en hjärtinfarkt är för majoriteten av de drabbade en upplevelse som förknippas med döden, eller åtminstone en nära kontakt döden. Av denna anledning är det många som känner att de har fått en andra chans, alternativt att de har fått sitt liv tillbaka (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Svedlund, Danielson & Norberg, 2001). Efter denna traumatiska händelse i kvinnans liv har de nu börjat prioritera sig själva i större utsträckning än förut vilket gjorde att de började leva ett mer hälsosamt liv. En tanke som att de inte hade levt livet till fullo innan insjuknandet bidrog också till att denna andra chans uppskattades väldigt mycket och insikten om att nu ta tillvara och värdera vardagen och detta nya liv (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Svedlund, Danielson & Norberg, 2001). Svedlund, Danielson och Norberg (2001) tydliggör hur en informant uttrycker tacksamhet för sitt insjuknande och ser det som en väckarklocka vilket har fått henne att förändra sitt liv till det bättre och även uppskatta detta liv. Flertalet av dessa informanter uttrycker även lättnad över att få själva diagnosen. De upplever diagnosen som en förklaring till varför de har mått dåligt den sista tiden, eller varför de upplevt de obehag som funnits (a.a.).

Detta nya liv som kvinnan har blivit tvungen att acceptera kan även te sig åt det negativa hållet med ett missnöje efter att de har genomgått en hjärtinfarkt. Upplevelsen av att inte ha kvar sin fysiska hälsa och uthållighet som innan insjuknandet, samt en känsla av att ständigt behöva begränsa sitt liv med hänsyn till de krav som ställs för den fysiska rehabiliteringen (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Norekvål, Wahl, Fridlund, Nordrehaug, Wentzel-Larsen & Hanestad, 2007). En stor del av kvinnorna ser dock sin situation som en naturlig del av åldrandet och därigenom accepterar de förändringar som har uppstått (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008).

De drabbade kvinnorna upplevde att de var tvungna att hantera de förändringar som skede i deras liv för att uppnå hälsa och välbefinnande. De förändringar som uppgavs var exempelvis förändrad livsstil, förändringar i det sociala nätverket, känslomässiga reaktioner samt förändringar i sitt arbete. Kvinnornas livsvärld är fokuserad på att försöka hitta en ny självständighet i den uppkomna situationen, en strävan efter en balans i det dagliga livet, ett sammanhang. Efter insjuknandet började även de drabbade att reflektera över sin vardag på ett sätt som de tidigare inte gjort, samt hur denna vardag skulle förändras för att ha en tillfredställande levnadsmiljö (Johansson & Ekebergh, 2006; Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Detta krav på att förändra sin livsvärld kan te sig som ett positivt utslag för kvinnan. Ett positivt exempel på detta är att tidigare fysiskt inaktiva individer nu har insett vikten av fysisk aktivitet vilket till och med har bidragit till att de faktiskt är i bättre fysisk kondition efter sitt insjuknande än vad de var tidigare. Detta har i sin tur även påverkat den psykiska hälsan på ett positivt sätt, följaktligen har även det upplevda välbefinnandet förbättrats (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008). Vissa kvinnor fokuserade mer på återgång till sitt arbete, samt hur detta skulle gå, om de skulle klara av att arbeta samt hur deras ekonomiska situation kommer att se ut om de inte klarar av att återgå till sina arbetsuppgifter de tidigare haft (Roebuck, Furze & Thompson, 2001).

Att känna trötthet och förnekelse

Att tvingas till ett nytt liv på grund av en hjärtinfarkt kan innebära förändringar av allt som tidigare var rutiner i kvinnans liv, vilka även hade sin plats i den livssituationen. När detta drastiskt förändras krävs det att dessa nya faktorer, känslor, relationer eller liknande innehar en mening, en begriplighet samt ett sammanhang för att den drabbade kvinnan ska kunna känna sig delaktig i situationen, en känsla av sammanhang (Svedlund, Danielson & Norberg, 2001; Hildingh & Fridlund, 1997; Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam 2009).

Det är tydligt bevisat att de drabbade kvinnorna är i stort behov av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna bli friska, återfå hälsa och välbefinnande samt att återfå sitt oberoende (Johansson & Ekebergh, 2006; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Hildingh & Fridlund, 1997). En del av de drabbade kvinnorna vill inte erkänna att de har drabbats av hjärtinfarkt, de väljer att inte engagera sig känslomässigt utan väljer istället att helt eller delvis negligera sina känslor. Trots att kvinnorna var väl medvetna om att de var allvarligt sjuka ville de inte erkänna detta, varken för sig själva eller för sin omgivning. Denna förnekelse kan bero på att kvinnan inte accepterar situationen och de ser sig själv som en väldigt sjuk individ med

rädsla för att dö. Detta kan även fortgå till den grad då kvinnan inte längre anser att livet är värt att leva (Svedlund, Danielson & Norberg, 2001; Svedlund & Danielson, 2003).

I återhämtningen efter en akut sjukdom upplevde samtliga av de drabbade kvinnor trötthet i varierande grad. Det kan vara allt från en känsla av energibrist till en känsla av att vara ordentligt utmattad. En del kvinnor upplever sin trötthet som en obehaglig upplevelse som de inte känner igen från livet innan insjuknandet. Känslan av trötthet har därav blivit kvinnornas största problem (Brink, Karlson & Hallberg, 2005). När denna trötthet tar överhand över de dagliga sysslorna tenderar kvinnorna att isolera sig i olika utsträckningar (Roebuck, Furze & Thompson, 2001). De orkar exempelvis inte längre att gå och handla, eller att hålla kontakt med vänner och bekanta på samma sätt som de gjorde innan. Detta ledde till oro inför framtiden samt en källa för ångest och depression. En informant berättar hur svårt det var att sova i början efter sin hjärtinfarkt. När hon skulle gå och lägga sig blev hon orolig vilket resulterade i bristande sömn (Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Roebuck, Furze och Thompson (2001) menar att andfäddhet och trötthet är de faktorer som påverkar livskvalitén mest negativt.

Ett antal olika copingstrategier används av kvinnorna för att finna balans i livet och för att få vardagen att fungera. Ur studierna kan två typer av strategier särskiljas som nedan kommer att benämnas ”förnekande” samt ”känslobaserad”. Den förnekande copingstrategin fokuseras på att uppoffra delar av sina egna behov såsom att exempelvis tränga bort känslor av skuld och ilska eller att motarbeta uppkomna känslor för att istället acceptera vad som egentligen hänt. Detta för att slippa att prata om händelsen då det kan väcka besvärliga känslor. I den känslobaserade copingstrategin fokuseras det på att söka hjälp hos familj och vänner för att öppet kunna diskutera sjukdomshändelsen och på detta sätt ha möjlighet att fokusera mer på sig själva samt att höja sin egna upplevda hälsa. Informanter anger här att de har försökt att bli mer egoistiska än vad de tidigare varit. De fokuserar nu mer på sig själva efter sin hjärtinfarkt för att på detta sätt uppnå hälsa och välbefinnande i sin vardag (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam 2009). Johansson-Sundler, Dahlberg och Ekenstam (2009) skriver vidare att kvinnorna nu började reflektera över sitt liv och sitt levnadssätt efter hjärtinfarkten vilket resulterade i att hon omvärderade sitt tidigare tänk och istället fokuserade mer på att försöka förbättra sig själv och sin hälsa. Att försöka minimera konsekvenserna som uppstått efter en hjärtinfarkt är också en strategi för att uppnå hälsa och välbefinnande i den nya situationen. Detta kan göras genom att den drabbades känslor tonas ner, som ett försök att minimera känslor av hopplöshet och osäkerhet. Detta kan även vara en orsak till varför inte kvinnorna vill dela med sig av sina erfarenheter då de inte vill tänka på händelsen. De vill inte gräva i dessa tankar av en rädsla för att det väcka obehagliga känslor som till slut kommer att leda till en depression (Brink, Karlson & Hallberg, 2005).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Inför datainsamlingen skrevs inklusions- samt exklusionskriterier där ett inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 1997 och 2010. Tanken från början var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2000 till 2010. Anledningen till att den valda tidsperioden utökades var att antal publicerade artiklar inom området efter år 2000 var för få. Artiklarnas resultat visar dock inga markanta skillnader beträffande kvinnors upplevelser och känslor från 2000-talets fakta och fakta framtagen från 1997.

Sökning i fler databaser kunde eventuellt ha genererat fler användbara artiklar. Antalet artiklar ansågs dock vara tillfredställande och gav tillräckligt med data för att besvara denna studies syfte, av denna anledning valdes att inte utöka sökningen till fler databaser. De sökord som kombinerades anses vara relevanta och användbara. Dock kunde sökorden ha kombinerats på fler sätt samt kunde andra sökord även ha lagts till. Att detta inte gjordes kan ha inneburit en begränsning för arbetet. Friberg (2006) skriver att mängden kvalitativ forskning idag är oerhört stor vilket gör att det finns en risk att relevant forskning för studien förbises.

Mycket tid avsattes till litteratursökningar via olika databaser, dock genererades huvudsakligen samma artiklar vid sökningar på de olika databaserna. Kontakt togs med bibliotek för att få assistans med sökningar. Detta generade endast två extra artiklar och av dessa användes endast en då den andra inte överensstämde med denna studies syfte. Friberg (2006) belyser vikten av att redovisningen av litteratursökningen utformas på sådant sätt att läsaren ska kunna bedöma relevansen för de studier som använts. Utifrån detta arbetades figur 1 fram vilken presenterar sökningen på ett så utförligt sätt att en upprepande sökning kan utföras, vilket höjer validiteten för denna studie.

Majoriteten av artiklarna innehåller data från både män och kvinnor vilket inte överensstämde med denna studies syfte. Dock var antalet artiklar som fokuserades enbart på kvinnor för få för att utgöra tillräckligt material för en litteraturbaserad studie. Därav valdes artiklar som fokuserar på båda könen ändå med förhållningen att endast använda datan som är riktat mot kvinnors upplevelser då detta är syftet med denna studie.

Samtliga artiklar har lästs igenom av båda författarna ett flertal gånger för att på detta sätt undvika att viktiga detaljer i texterna har förbisetts. Därefter har artiklarna diskuterats för att på så vis hitta likheter och skillnader i texterna. Då texterna har bearbetats på detta sätt har förståelsen för valt ämne gradvis ökat vilket även har bidragit till en noggrann analysgång samt ett utförligt resultat. Friberg (2006) skriver att det är tidskrävande arbete att skapa tema, samt att det är lätt att frångå studiens syfte då intressant läsning inte handlar om det som söks utifrån syftet. Preliminära grupperingar namngavs utifrån de nyckelord som framstod under analysen, benämningarna på teman namngavs utifrån gällande grupperingar med förhoppning att de ska vara en tydlig titel vilket anger vad innehållet under fokuseras på. Detta var ett tidsödande och svårt arbete då olika individer inte associerar samma ord på ett likartat sätt.

Ambition var således att hitta allmänt vedertagna benämningar samtidigt som att de skulle vara relevanta för innehållet. Vid vidare analys av valda artiklar ansågs det att valda teman var relevanta för denna studie.

Den ursprungliga avsikten med studien var att studera hur kvinnor i Sverige upplever tiden efter en hjärtinfarkt. Utländska artiklar varit tvungna att användas då urvalet av svenska artiklar var för få. Antal artiklar som använts i resultatet av studien var sammanlagt elva stycken varav åtta var från Sverige, en från USA, en från Norge samt en från Storbritannien. Detta kan resultera i att vissa kulturella skillnader mellan de svenska och de utländska artiklarna kan förekomma. Därav fokuseras studien inte enbart på svenska kvinnors upplevelser utan mer generellt.

Vid närmare eftertanke i slutskedet av processen kunde artiklar som använts i bakgrunden istället används i studiens resultat då dessa artiklar eventuellt kunde ha påverkat resultatet, samt bidragit till att den senaste forskningen används i resultatet. Två artiklar utförda av Kristofferzon, Löfmark och Carlsson är använda i bakgrunden och två artiklar i resultatet. Detta gäller även artiklarna av Brink, varav en används i bakgrund och en i resultatet. Dock kunde detta ha utgjort en begränsning om samtliga av deras artiklar använts i resultatet då det kan ge vinklad bild utifrån deras perspektiv.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att kvinnans nära relationer är avgörande för välbefinnandet efter insjuknandet. Då en hjärtinfarkt kan förändra livet drastiskt är det svårt att förutse om kvinnans befintliga relationer kommer att bestå efter insjuknandet. Relationerna som fanns innan insjuknandet kan även äventyras då livet nu innehåller en rädsla inför vad som kan hända i framtiden. Dessa förändringar i relationen med familj och vänner kan ske på grund av att de närstående har blivit överbeskyddande, detta av rädsla för att kvinnan ska återinsjukna (Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009; Svedlund & Danielson, 2003; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005b; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Hildingh & Fridlund, 1997; Kamm-Stiegelman, Kimble, Dunbar, Sowell & Bairan, 2006). Denna rädsla inför nya insjuknanden bör rimligtvis kunna förebyggas med information till både den drabbade och dess närstående. Informationen bör således även fortgå under hela rehabiliteringen för att kunna bearbetas av mottagarna. Både skriftlig samt muntlig information är värdefullt då enbart verbal information kan vara svår att tillgodogöra sig precis vid det tillfället. Skriftlig information kan ge tillfälle för återkoppling och reflektioner i efterhand. Lämpligen kan en såkallad ”hjärtpärm” användas där informationen samlas vilket underlättar återkoppling i efterhand. Davidson m fl (2008) belyser vikten av att diskutera och reflektera över vad som egentligen har hänt och menar att detta lämpligen kan göras genom en rehabiliteringsgrupp med andra drabbade kvinnor. Detta visas vara mycket givande för deltagarna då de har möjlighet att utbyta erfarenheter med andra i liknande situation, vilket underlättar för de drabbade att bearbeta händelsen (a.a.).

Kvinnan är den i familjen som vanligtvis sköter det gemensamma hemmet samt rankas som den starka i familjen. Detta uppges av både kvinnan själv samt den drabbades familj. Av denna anledning går många tankar till hemmet då kvinnan själv är sjukhusbunden tiden efter insjuknandet. En stor del av sjukhusvistelsen består av oro inför hur hemmet sköts, samt hur partnern är kapabel till att klara av den uppstådda situationen (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005b; Kamm-Stiegelman, Kimble, Dunbar, Sowell & Bairan, 2006; Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Dessa problem i inledningsfasen av återhämtandet kan leda till ett förnekelsebeteende även i förlängningen vilket författarna anser undvikbar om hälso- och sjukvårdspersonal visar större medvetenhet om detta. Hälso- och sjukvårdspersonal ska enligt Socialstyrelsen (2010) leda samt stötta kvinnan för att underlätta den mentala bearbetningen av händelsen genom det vårdande samtalet. Vi menar att kommunikativ information är viktig då patienter och närstående ska få specifik information angående situationen och sjukdomen, samt för att undvika missförstånd och förvirringar. För att mottagarna ska kunna tillgodogöra sig informationen som ges är det lämpligt om tiden för samtalet vara obegränsad, för att på detta sätt undvika känslan av tidspress. Då även kvinnans familj är involverad i den förändrade situationen är det viktigt att även kvinnans närstående får adekvat information. Detta bekräftar Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005b) genom att belysa betydelsen av att få med hela familjen i vårdandet då kvinnan inte fokuserar på de behövande livsstilsförändringar som krävs, utan snarare på hur sjukdomen påverkar det dagliga livet med exempelvis familj och hushållsarbete.

De drabbade kvinnorna upplever att de har förlorat sitt oberoende vilket leder till att de inte kan påverka sin hälsa och sitt välbefinnande. Således upplever de ett stort behov av stöd från vårdpersonalen. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen till stor del fokuserade på den medicinska behandlingen vilket leder till att kvinnan upplever hinder i deltagandet av den egna hälsoprocessen (Johansson & Ekebergh, 2006). Sjuksköterskan är enligt Socialstyrelsen (2010) skyldig att kommunicera med patientens närstående för att möjliggöra optimal delaktighet i vårdprocessen. Brink, Karlson och Hallberg (2005) visar att kvinnorna inte tycker om att prata om sjukdomen då det leder till oro för henne själv. Således kan det antas att aktuell forskning inte är helt tillämpad i dagens hälso- och sjukvård. De drabbade kvinnorna upplevde att de var tvungna att hantera de förändringar som skedde i deras liv för att uppnå hälsa och välbefinnande. Detta upplevs av många som en omvälvande insats för att få sitt liv att återigen fungera, mitt i en period som är fylld av oro och rädsla. De inledande tankarna efter en hjärtinfarkt kan vara en skrämmande tanke av att dö. En andra fas i bearbetningen ledde till att kvinnorna ansåg sig ha fått en andra chans som innebar att de värderade livet, nära och kära betydligt mycket mer än innan insjuknandet (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001) Det har däremot framkommit att kvinnorna ofta upplever ett missnöje efter att de har genomgått en hjärtinfarkt. De upplever inte att de inte har kvar sin fysiska hälsa och uthållighet som de hade innan insjuknandet (Norekvål, Wahl, Fridlund, Nordrehaug, Wentzel- Larsen & Hanestad, 2007; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008). Detta problem beskriver Roebuck, Furze och Thompson (2001) som en källa till att kvinnorna isolerar sig vilket leder till ett lidande för kvinnan samt en källa för depression.

Efter insjuknandet var kvinnorna upptagna med att försöka hitta en ny självständighet i den uppkomna situationen, en strävan efter en balans i det dagliga livet, ett sammanhang. För att uppnå en struktur i sin livsvärld bör situationen enligt Antonovsky (1987) vara meningsfull, begriplig samt hanterbar för individen. För att nå detta kan ett flertal strategier användas. I resultatet visas två olika copingstrategier, vilka är varandras motpoler. Dessa strategier valdes att benämnas såsom "känslobaserade" och "förnekande" då det inte fanns några specifika benämningar i analyserat material. Den känslobaserade strategin baseras på att söka hjälp hos familj och vänner för att öppet kunna diskutera hjärtinfarkten för att på detta sätt ha möjlighet att fokusera mer på sig själva samt att höja sin egna upplevda hälsa. I den förnekande strategin ingick det att uppoffra delar av de egna behoven såsom att förtränga känslor av skuld och ilska, samt att motarbeta uppkomna förträngande känslor och istället acceptera vad som egentligen har hänt. Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005b) delar upp copingstrategierna i ett antal specifikt benämnda kategorier vilka inte kan jämföras med övriga studier då övriga studier inte specificerar de olika strategier som nämns, dock visas det att optimistisk, jag-fokuserad och konfronterande copingstrategi rankades högst. Den copingstrategi som värderades lägst enligt Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005a) var den känsloladdade strategin. En misstanke som väcks är att detta grundas i kvinnans förnekande strategi som innebär att de inte vill hantera sina betungande känslor då de har en oro för att detta ska leda till en depression. Hildingh och Fridlund (1997) visar motsatsen till Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005b) och skriver att känslomässigt stöd och känsla av tillhörighet var det som de drabbade kvinnorna rankade som den bästa typen av stöd. Utifrån detta tolkas det som att en förnekande copingstrategi inte är lämplig för att uppnå välbefinnande. Ayers, Copland och Dunmore (2009) bekräftar teorin med att visa att det finns ett samband mellan förnekande strategi och utveckling av post traumatisk stress disorder (PTSD), vilket även kan bero på tidigare psykisk ohälsa. Dock har hjärtinfarkten således varit den faktor som har skyndat på utvecklingen av PTSD.

Konklusion

Studien visar att kvinnan redan vid insjuknandet använder sig av en förnekande copingstrategi vilket fortsätter en tid efter insjuknandet. En anledning till detta då både kvinnan och familjen anser att det är kvinnan som är den starkaste individen. När denna identitetsuppfattning plötsligt hotas kan det innebära en känslomässig kris för kvinnan. Vidare visar studien vikten av kvinnans relationer samt att de söker stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Dock visar det sig att kvinnorna inte får det känslomässiga stöd som efterfrågas då hälso- och sjukvårdspersonalen upplevs som tämligen medicinskt inriktade. Studien visar även att kvinnorna upplever sömnproblem och denna trötthet kan även leda till att kvinnorna isolerar sig av olika grad samt att det kan leda till en depression. Kvinnan kan trots sin sjukdom uppleva hälsa och välbefinnande om hon nyttjar en passande copingstrategi. Kvinnan kan se insjuknandet som en påminnelse om att livet inte är en självklarhet, utan något som behöver vårdas för att uppleva välbefinnande. De upplever att de har fått en andra chans och värdesätter aktiviteter som leder till ett hälsosammare liv. Detta har resulterat i att kvinnorna till och med känner sig i bättre form efter sin hjärtinfarkt vilket är positivt för upplevelsen av hälsa och välbefinnande.

Implikationer i vården

Dagens hälso- och sjukvård tillgodoser inte kvinnornas behov av kommunikation. Kommunikationen utgör en viktig aspekt i vårdprocessen vilket lämpligen är genomförbart genom det vårdande samtalet. Flertalet av kvinnornas upplevda hinder i livet efter insjuknandet grundar sig i tankar, funderingar samt orosmoment i anslutning till insjuknandet. Tidig individanpassad information samt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal kan förhindra dessa bekymmer efter insjuknandet genom att hjälpa kvinnan samt dess närstående till en kortare rehabilitering.

REFERENSER

- Albarran, J., Clarke, B., & Crawford, J. (2007). It was not chest pain really, I can't explain it! An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*. 16(7), 1292–1301.
- Amowitz, L., Ridker, P., Rifai, N., Loughrey, C., & Komaroff, A. (2004). High Prevalence of Metabolic Syndrome among Young Women with Nonfatal Myocardial Infarction. *Journal of Woman's Health*. 13(2), 165-175.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. USA, CA, San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Ayers, S., Copland, C., & Dunmore, E. (2009). A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*. 14(3), 459-471.
- Benner, W., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring. Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- *Brink, E., Karlson, W., & Hallberg, L. (2005). Readjustment 5 month after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*. 53(4), 403-411.
- Brink, E., Persson, L-O., & Karlson, B. (2009). Coping with myocardial infarction: evaluation of a coping questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23(4), 792-800.
- Carrabba, N., Santoro, G., Balzi, D., Barchielli, A., Marchionni, N., Fabiani, P., Landini, C., Scarti, L., Santoro, G., Valente, S., Verdiani, V., & Buiatti, E. (2004). In-Hospital Management and Outcome in Women With Acute Myocardial Infarction (Data from the AMI-Florence Registry). *The American Journal of Cardiology*. 94(1), 1118-1123.
- Davidson, P., Digiacomio, M., Zecchin, R., Clarke M., Paul, G., Lamb, K., Hancock, K., Chang, E., & Daly, J. (2008) A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease. *Journal of Women's Health*. 17(1), 123-134.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2:a uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Garavalia, L., Decker, C., Reid, K., Lichtman, J., Parashar, S., Vaccarino, V., Krumholz, H., & Spertus, J. (2007). Does Health Status Differ between Men and Women in Early Recovery after Myocardial Infarction? *Journal of Women's Health*. 16(1), 93-101.

Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. London: ICN.

*Hildingh, C., & Fridlund, B. (1997). Social network and experiences of social support among women 12 months after their first myocardial infarction. *International Journal of Rehabilitation and Health*. 3(2). 131-141.

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., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2(3), 229-236.

*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(2), 100-108. Hämtad från WWW 2011-01-15:
http://qhr.sagepub.com/search/results?fulltext=The+Meaning+of+Close+Relationships+and&submit=yes&journal_set=spqhr&src=selected&andorexactfulltext=and&x=11&y=11

*Johansson-Sundler, A., Dahlberg, K., & Ekenstam, C. (2009). The meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*. 19(3), 375-387.

*Kamm-Stiegelman, L., Kimble, L., Dunbar, S., Sowell, R., & Bairan, A. (2006). Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*. 27(2), 141-159

0, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005a). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*. 52(2), 113-124.

*Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005b). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung*. 34(1), 39-50.

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(2), 391-401.

*Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 22(3), 367- 375.

*Norekvål, T., Wahl, A., Fridlund, B., Nordrehaug, J., Wentzel-Larsen, T., & Hanestad, B. (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 Outcome*. 5(58).

Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

*Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*. 34(6), 787-794.

Rosenfeld, A., Lindauer, A., & Darney, B. (2005). Understanding treatment – Seeking delay in woman with acute myocardial infarction: Descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care*. 14(4), 185-293.

Socialstyrelsen. (2009). Hjärtinfarkter 1987–2007 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987–2008. Hämtad från WWW 10-11-09:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17858/2009-12-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2010). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) 2§. Hämtad från WWW 2011-03-02: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Suserud, B-O., & Svensson, L. (red.). (2009). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber.

*Svedlund, M., Danielson, E. (2003). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*. 13(4), 438-446

*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.

Travelbee, J. (2006). *Mellenmenneskelige aspekter i sygepleje*. (A E. Overgaaed, & A.Schou, övers.). Köpenhamn: Munksgaard. (Original publicerat 1966). I löpande text skrivs (Travelbee, 2006/1966).

* = Artiklar som använts i resultatet.

Tabell över analyserad litteratur.

Författare, år och tidskrift	Metod	Titel	Syfte	Resultat
Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (2001). <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Kvalitativ studie med fenomenologisk, hermeneutisk inriktning.	Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction.	Syftet med denna studie var att belysa innebörden av levda erfarenheter under den akuta fasen av en akut hjärtinfarkt.	Ur intervjuerna framstod tre huvudteman: "sig själv som sårbar", "sig själv som distanserad", "själv som gör mening" med ett antal underteman. Dessa teman framstod som de mest centrala hinder för att uppnå hälsa och välbefinnande.
Brink, E., Karlson, B W., & Hallberg, R-M. (2005). <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Kvalitativ studie	Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self.	Syftet var att utforska självreglerande processer fem månader efter en hjärtinfarkt.	Deltagarna hade inte etablerat ett stabilt hälsotillstånd efter fem månader. De föredrog en måttliga snarare än radikala förändringar av sina dagliga aktiviteter. De behövde mer kunskap och support. Sjuksköterskor kan hjälpa till med information och råd om hantering av vardagen, dialogen om livsstilsförändringar upplevdes viktig i denna fas av omställning.
Norekvål, T., Wahl, A., Fridlund, B., Nordrehaug, J., Wentzel-Larsen, T., & Hanestad, B. (2007). <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>	Kvantitativ tvärsnittsstudie	Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort.	Syftet med denna studie var att fastställa nivån på upplevd livskvalité hos kvinnliga överlevande efter en hjärtinfarkt, att undersöka om deras upplevda livskvalité skilde sig från den av den allmänna befolkningen, samt att utvärdera den kliniska betydelsen av resultaten.	Drabbade kvinnor rapporterade signifikant lägre tillfredsställelse med allmänt hälsotillstånd än kvinnor från den allmänna befolkningen. Detta var också fallet för den fysiska, miljön, men inte för de psykologiska och sociala relationerna.
Johansson Sundler, A., Dahlberg, K., & Ekenstam, C. (2009). <i>Qualitative Health Research</i>	Kvalitativ, med fenomenologisk och epistemologisk inriktning	The meaning of close relationships and sexuality: Women's well-being following a myocardial infarction.	Syftet med denna studie var att undersöka nära relationer och sexualitet för kvinnors hälsa samt välbefinnande efter en hjärtinfarkt.	Den nära relationen kan fungera som ett säkerhet nät vilket kan fånga kvinnorna i deras fall. Kvinnornas relationer kan bidra till känsla av välbefinnande, samt känsla av styrka och livsglädje.

Författare, år och tidskrift	Metod	Titel	Syfte	Resultat
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). <i>Heart & Lung</i>	Kvantitativ, jämförande tvärsnittsstudie	Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men.	Syftet med denna studie var att beskriva och jämföra strategier för coping och socialt stöd på svenska kvinnor och män 1 månad efter hjärtinfarkt.	Jämfört med män använder kvinnor mer undanlidande. Kvinnor söker stöd från vänner och barnbarn, och männen upplever att stöd från sin partner och närstående är tillräckligt. Kvinnor har även lägre betyg i fysiskt och psykologiska dimensioner av livskvalitet.
Johansson, A., & Ekebergh, M. (2006). <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>	Kvalitativ studie med fenomenologisk inriktning	The meaning of well-being and participation in the process of health and care – women's experiences following a myocardial infarction	Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors erfarenhet av vård och hälsa processen efter en hjärtinfarkt, med särskilt fokus på sina erfarenheter av delaktighet och välbefinnande.	Delaktighet och välbefinnande beskrivs som en upplevelse av att vara involverad i den egna hälsoprocessen. Detta innebär att kvinnor har möjlighet att påverka och ta ansvar för sina egna liv och sin egen kropp på ett meningsfullt sätt. Delaktighet är en förutsättning för att kvinnorna ska kunna hantera deras hälsa och liv, samt att förbättra kvinnors känsla av välbefinnande. Samtidigt som de känner ett beroende av vårdpersonal söker de autonomi och en situation där de kan hitta en ny balans i livet.
Kamm-Stiegelman, L., Kimble, L., Dunbar, S., Sowell, R., & Bairan, A. (2006). <i>Issues in Mental Health Nursing</i>	Demografisk, beskrivande jämförelsestudie	Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction	Syftet med denna studie var att undersöka kvinnans psykiska hälsa efter en akut hjärtinfarkt samt vilka faktorer som kan påverka detta.	Statistiska resultat visar att familjens stöd är det viktigaste redskapet för att uppnå hälsa och välbefinnande, samt att undvika depression. Därefter värderas vardagliga aktiviteter samt övrig omgivning.
Hildingh, C., & Fridlund, B. (1997). <i>International Journal of Rehabilitation and Health.</i>	Kvantitativ, longitudinal studie	Social network and experiences of social support among women 12 months after their first myocardial infarction.	Syftet med studien var att kartlägga kvinnors sociala nätverk och sociala stöd 12 månader efter en första hjärtinfarkt.	Resultaten visade att de starkaste banden existerade mellan patient och nära släktingar, såsom barn, föräldrar, syskon, make och nära vänner. Banden mellan patienter och vårdpersonal var inte starka vid själva hjärtinfarkten, dock rapporterade informanterna en signifikant ökning under följande 12 månader.

Författare, år och tidskrift	Metod	Titel	Syfte	Resultat
Svedlund, M., & Danielson, E. (2003). <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Kvalitativ studie med fenomenologisk och hermeneutisk inriktning	Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction.	Syftet var att belysa innebörden av levda erfarenhet i det dagliga livet efter en akut hjärtinfarkt. Berättelser av drabbade kvinnor och deras partner.	Resultaten visade att kvinnan och dess partner levde i en förändrad livssituation, de visade hänsyn till varandra för att skydda sin partner. Dock verkade det finnas en brist på verbal kommunikation, men både kvinnan och dess partner avslöjade att de kände hur deras partner kände utan verbal kommunikation.
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). <i>Scandinavian Journal of Caring Science.</i>	Kvalitativ studie	Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial Infarction.	Syftet med studien var att beskriva erfarenheter av vardagen för kvinnor och män fyra till sex månader efter sin hjärtinfarkt och deras förväntningar inför framtiden.	Resultatet visar att fyra till sex månader efter insjuknandet börjar majoriteten av informanterna att återfå balans i vardagen. De patienter som har svårigheter att finna balans är i stort behov av stöd. Hälso- och sjukvårdspersonal kan vara en viktig resurs för att hjälpa dessa patienter i deras rehabilitering.
Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. (2001). <i>Journal of Advanced Nursing.</i>	Kvalitativ studie	Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study.	Syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka och få insikt i effekterna av hjärtinfarkt på hälsa och välbefinnande.	Resultatet visar sju huvudkategorier som hinder för känslan av hälsa och välbefinnande: fysisk aktivitet/symtom, emotionella reaktioner, beroende, otrygghet, livsstilsförändringar, oro över medicinering och biverkningar. Även andfåddhet, osäkerhet och känslor av överbeskydd upplevdes som stora problem.