

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2011:26

När livet ställs på sin spets
Patienters upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt

Fredrik Furnander
Daniel Natanaelsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: När livet ställs på sin spets
Patienters upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt

Författare: Fredrik Furnander & Daniel Natanaelsson

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK03

Handledare: Ewa Lagerström

Examinator: Anders Jonsson

Sammanfattning

Hjärt-kärlsjukdom är en sjukdomskategori som drabbar människor över hela världen, bara i Sverige insjuknar årligen över 36000 individer i en akut hjärtinfarkt. Sjukdomen leder till en rad förändringar hos patienten som inte bara är av fysisk utan även själslig karaktär. När den mänskliga kroppen påverkas som en direkt följd av hjärtinfarkten sker även en förändring i patientens självbild, hon uppvisar ett unikt reaktionsmönster av känslor och funderingar som inte kan återfinnas hos någon annan. För att förstå den enskilde individens situation måste vårdpersonal våga närma sig patienten i samtal, detta kan dock försvåras av en tidspressad arbetssituation på sjukhusavdelningen.

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt. Studien bygger på den forskningsmodell som syftar till att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Efter litteratursökning samt kvalitetssäkring valdes elva artiklar ut som grund för studien, de granskades med hjälp av en kvalitativ analysmetod. Innehållet i materialet bestod av intervjuer där patienter berättade om sina upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt. Utifrån vår analys av de elva artiklarna framkom tre teman som beskriver patienternas upplevelser; 'Existentiellt hot', 'Förändrad livsroll' samt 'Den professionella vården'. Diskussionen lyfter fram vikten av att vårdpersonal ser på patienten som en unik individ och planerar omvårdnaden därefter istället för att distansera sig.

Nyckelord: *Myokardiell infarkt, patient, upplevelser, emotionell reaktion*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt	1
Epidemiologi	1
Fysiologi	2
Behandling	2
Vårdvetenskapliga begrepp	3
Livsvärld	3
Den subjektiva och levda kroppen	4
Lidandet	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Litteratursökning	5
Urval	6
Analys	7
RESULTAT	8
Existentiellt hot	8
Emotionella reaktioner	8
Livsstilsförändringar och känslan av skuld	9
Förändrad livsroll	10
Relationer till andra	10
Den sociala omgivningens betydelse	11
Den professionella vården	12
Viljan att känna trygghet och förståelse	12
Känslan av ovisshet	13
DISKUSSION	14
Valet av metod	14
Resultatdiskussion	15
Praktiska implikationer	17
Förslag på vidare forskning	18
REFERENSER	19
<i>Bilaga 1: Sammanställning av analyserad litteratur</i>	

INLEDNING

”Varför är det ingen som pratar med mig, varför är det ingen som bryr sig?”

Patienten tittade upp med ögon som talade om desperation varpå en tår letade sig ned för kinden. Endast ett fåtal timmar hade gått sedan känslan av kramp hade infunnit sig i bröstkorgen för att därefter fortplanta sig vidare ut i ena armen. Dödsångest, larm, blicken fäst upp i taket, panik, monitorer, fackspråk, en känsla av att falla baklänges utan att kroppen rörde sig. Nu låg kvinnan i sin säng på sjukhusavdelningen och livet kom ikapp. Hon hade erhållit en effektiv vård ur ett medicinskt perspektiv, händelsekedjan kunde i efterhand konstateras som ett exempel hämtat ur skolboken. Men är denna form av behandling tillräcklig?

Under en längre praktikperiod vid sjuksköterskeprogrammet i Borås var en av författarna till denna uppsats verksam vid en hjärtintensivavdelning. Väl på plats imponerades till en början författaren av hur effektiv vården var ur ett rent medicinskt perspektiv, tydliga direktiv och rutiner utfördes av personal med gedigen kunskap och erfarenhet. Vårdtiden för de inlagda patienterna på avdelningen var generellt sett kort och behandlingarna präglades av effektivitet och professionalism. Men samtidigt noterades det att vårdrutinerna var synnerligen kantiga och mekaniska i utförandet, inte minst när det kom till den individuella tillika unika patientkontakten. Vissa av de drabbade personerna uppvisade ett starkt behov av att ventilera sina upplevelser och känslor medan andra behövde enskild tid för reflektion och återhämtning. Författaren upplevde dock att patienternas enskilda behov inte uppmärksammades av personalen på avdelningen utan fokus låg övervägande på den medicinska vården bestående av farmakologisk behandling.

Vi vill med denna uppsats lyfta fram den enskilde patientens upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt. Att vårda en patient innebär mer än en ren medicinsk behandlingsform, som sjuksköterskor behöver vi se till människan som en komplex individ och inte begränsa henne till symtom och diagnos. Genom en ökad förståelse om vad en person erfar såväl fysiskt som själsligt i samband med insjuknandet i en hjärtinfarkt erhålls en stabil grund att bygga en vårdrelation på.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

Epidemiologi

Hjärt-kärlsjukdom är i dagsläget en av de vanligaste sjukdomskategorier som drabbar människor världen över (Hjärtlungfondens Hjärtrapport, 2010). Bland de bakomliggande orsakerna återfinns bland annat en ökad medellivslängd med tillhörande benägenhet för sjukdomsutveckling samt en ökad nivå av vällävnad (Vasko, 2007). Den beräknade trenden indikerar ingen förbättring inom den närmaste framtiden gällande antalet insjuknande individer. Ovanstående prognos är applicerbar även på den svenska populationen, antalet personer som årligen insjuknar i en akut hjärtinfarkt är över 36000. Närmare hälften av alla som avlider i Sverige gör det till följd av komplikationer

direkt relaterade till hjärt-kärlsjukdomar, år 2008 dog 4592 kvinnor medan motsvarande siffra för män var 5766 (Hjärtlungfondens Hjärtrapport, 2010).

Fysiologi

Det mänskliga hjärtat är en vital komponent i såväl bokstavlig som bildlig mening när det gäller processen att förse kroppens organ och celler med syresatt blod. Denna muskel erhåller sitt syre via kranskärl, koronarkärlen, som är fästade till utsidan av glatt muskulatur. Inuti hjärtat återfinns kamrarna som fylls på med blod, detta benämns som den diastoliska fasen av hjärtats kontraktionsarbete. Under den diastoliska fasen sker även syresättning av hjärtats kringliggande muskulatur (Nilsson, 2005).

Den vanligaste bakomliggande orsaken till att personer insjuknar i en hjärtinfarkt är ateroskleros. Ateroskleros är en inflammatorisk process i kärlväggen och kommer sig av att denna under lång tid utsätts för mekaniskt slitage samt angrepp från olika toxiska substanser (Nilsson, 2005). Gällande vilket tillstånd som koronarkärlen befinner sig i kan en rad bakomliggande faktorer identifieras: fysisk inaktivitet, försämrad kosthållning, fysisk/psykisk stress, rökning, högt blodtryck samt höga kolesterolvärden är alla bidragande till utvecklingen av hjärtinfarkt.

När kärlväggen skadas ökar risken för att olika typer av partiklar ansamlas kring skadan som exempelvis LDL-partiklar (Low Density Lipoprotein) vilket är ett av de kroppsegna kolesterolämnena. Partiklarna bryts ned av kroppens immunförsvar vilket startar en inflammatorisk reaktion i koronarkärlen. Den inflammatoriska reaktionen leder till att en koagulationsprocess inleds och i denna process kan koagel antingen täppa till kärlet helt eller transporteras vidare i blodströmmen och hamna i ett mindre kärl som blockeras. Händelseutvecklingen leder till att blodcirkulationen upphör i vissa delar av hjärtat vilket resulterar i en hjärtinfarkt (Vasko, 2007). Typiska symtom vid en hjärtinfarkt är ihållande bröstsmärta som strålar ut i vänsterarm och upp mot halsen, axlarna och käken, men i vissa fall strålar smärtan också/eller i högerarmen. Vegetativa symtom är också vanliga såsom kallsvettningar, illamående, ångest, andfåddhet och svimning. Vanligen debuterar symtomen i samband med fysisk eller psykisk press (Held, 2011).

Behandling

Behandlingen och omvårdnaden inriktas i det akuta skedet på att begränsa skadan i hjärtat så långt det går, dels genom att försöka häva trombosen i blodkärlet via olika behandlingsmetoder men också genom smärtlindring för att på så sätt minska belastningen på hjärtat då smärtor ökar behovet av syre till hjärtat (Vasko, 2007). Ett aktuellt alternativ är Percutaneous Coronary Intervention (PCI) som under senare år vunnit mark som kirurgiskt behandlingsalternativ gällande akuta hjärtinfarkter. Proceduren att använda sig av PCI innebär införandet av en kateter via arteria femoralis alternativt arteria radialis till positionen för den arteriosklerotiska förträngningen i koronarkärl. I spetsen av katetern återfinns en ballong som kan utvidgas med hjälp av gas vilket pressar undan förträngningen mot kärlväggen. I samband med denna utvidgning av kärlet fästs en stent kring det drabbade området, detta för att förstärka upp den försvagade kärlväggen och således förhindra en ny arteriosklerotisk utveckling. Vid allvarliga komplikationer kan det bli aktuellt med kirurgiskt ingrepp som Coronary Artery Bypass Graft (CABG) vilket även benämns som by-pass-operation. CABG

innebär att nya kärl anläggs förbi förträngningarna i koronarkärlen, vanligtvis används vener från patientens underben som ersättning för de skadade koronarkärlen (Vasko, 2007).

Vid insjuknande i en infarkt kommer patienten vanligtvis initialt vårdas på en hjärtintensivavdelning (HIA). På HIA övervakas patientens vitalparametrar noggrant i synnerhet under de första timmarna efter hjärtinfarkten. Vid ankomsten tas en rad olika blodprover, patienten genomgår dessutom under hela sjukhusvistelsen undersökningar som ämnar fastställa omfattningen av hjärtinfarkten som exempelvis ekokardiografi (EKG) där hjärtats funktion undersöks. När den akuta fasen har avtagit förflyttas ofta patienten till en allmän vårdavdelning för vidare rehabilitering. Beroende på omfattningen av den ischemiska skadan på hjärtmuskulaturen används farmakologisk behandling, vanligt förekommande läkemedelsgrupper inkluderar: betablockerare, ASA-preparat, ACE-hämmare, olika typer av nitroglycerin-preparat, lipidsänkande läkemedel och ibland också antikoagulantia (Held, 2011). I övrigt fokuserar vården på att avlasta hjärtmuskulaturen så långt det går. Sömn och vila, smärtbehandling, syrgasbehandling och en adekvat nutrition och vätskebehandling är viktiga komponenter för ett tillfrisknande (Haugland, Hansen & Areklett, 2002). Vanligen kallas patienten till återbesök in om två till fyra veckor efter utskrivningen där patienten oftast får träffa de inblandade läkarna, sjuksköterskorna, sjukgymnasterna, kuratorerna och i vissa fall även dietister (Hjärtlungfondens Hjärtrapport, 2010). De arbetsföra som drabbas av en hjärtinfarkt skall vara sjukskrivna i minst fyra veckors tid, men de allra flesta behöver ytterligare veckor där de antingen är sjukskrivna på heltid eller deltid. För en del drabbade kan det uteslutas att återgå till den yrkesverksamma karriären (Socialstyrelsen, 2007).

Vårdvetenskapliga begrepp

I dagsläget återfinns en hälso- och sjukvård som ofta strävar efter att kategorisera och etikettera. Vid sjukdom genomlider patienten en påverkan som inte enbart kan beskrivas med hjälp av mätbara tekniker eller behandlingar. Ett centralt synsätt inom vårdvetenskapen är att människan är en enhet där kropp, psyke, själ och ande utgör olika aspekter. Dock kan hon inte delas upp i enskilda delar utan är snarare en komplex enhet. Vårdaren behöver se till den unika individen där hon själv berättar sin berättelse om hur sjukdomen påverkar livet. (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Nedanstående vårdvetenskapliga teorier är ett sätt att konkretisera patientens upplevelser av förändring då de drabbas av en hjärtinfarkt.

Livsvärld

Att ha ett livsvärldsperspektiv mot sin omgivning innebär att människors vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas. Teorin som sådan fokuserar inte enbart på vare sig världen eller individen utan snarare på relationen mellan dessa två beståndsdelar. Ett livsvärldsperspektiv präglas av ett intresse från vårdarens sida för patientens egen berättelse och livshistoria där människans unikheter beaktas (Dahlberg et al., 2003). ”Med livsvärlden som ansats i vårdandet krävs ett förhållningssätt där patientens levda och kanske komplexa verklighet bejakas” (s. 24).

Enligt Dahlberg et al. (2003) uppvisar en patient som drabbas av en hjärtinfarkt utifrån sin livsvärld ett unikt reaktionsmönster och förhållningssätt gentemot den aktuella

situationen som inte kan återfinnas eller återskapas hos en annan patient. Denna upplevelse är något som inte går att konkretisera eller fånga in med metoder som utgår från att allt är mätbart. För att kunna ta reda på hur patienten upplever sjukdomen och vården kring sin hjärtinfarkt behöver vårdaren våga fråga och bejaka det som patienten beskriver utan att förminska eller förringa det som berättas. En sådan dialog erfordrar att patienten vill, klarar av men också hinner berätta om sina erfarenheter för de som vårdar. Samtidigt krävs det att vårdaren har möjlighet och tid att lyssna till patientens berättelser. Vårdrelationen parterna emellan kan komma att påverkas negativt på grund av att arbetssituationen är tidsmässigt pressad varpå patienten drar sig för att våga öppna upp och berätta om sina känslor (Dahlberg et al., 2003).

Den subjektiva och levda kroppen

Om begreppet livsvärld kan beskrivas som en relation mellan värld och subjekt kan den mänskliga kroppen ses som bryggan mellan de båda parterna. Människans kropp är inte bara ett säte för upplevelser utan också för identiteten. Dahlberg et al. (2003) nämner den franske filosofen Merleau-Ponty som beskrev människans koppling till den subjektiva kroppen med följande citat: "Kroppen är 'navet' i människans existens, omkring vilket allting kretsar, och samtidigt det 'ankare' som rotar oss i världsligheten" (s. 41). Sker en förändring med den mänskliga kroppen som konsekvens av exempelvis sjukdom eller skada förändras människans upplevelser av sig själv samt hennes tillgång till världen (Wiklund, 2003). Påverkan av smärta eller ångest i samband med till exempel en hjärtinfarkt kan utlösa en förändring till såväl omvärlden som livet självt (Dahlberg et al., 2003).

Dahlberg et al. (2003) beskriver människan som att denne inte "har" en kropp utan snarare "är" sin kropp. Vår identitet, som en unik individ gentemot omgivningen, vilar tungt på den fysiska existensen vilket förklarar hur en sjukdomsupplevelse som till exempel hjärtinfarkt påverkar inte bara den mänskliga kroppen ur ett fysiskt perspektiv utan även den inre själsbilden. Utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv är den mänskliga kroppen mycket mer än den fysiska gestalten. Innebörden blir att den som vårdar en sjuk eller skadad kropp måste beakta det större sammanhanget och inte bara se till själva skadan (Wiklund, 2003). För att vårdaren skall kunna möta patienten i hennes livsvärld och se det större sammanhanget gällande tillgång till livet genom kroppen krävs det att vårdaren har reflekterat sedan tidigare kring fenomenet. Har reflektion kring betydelsen av den subjektiva kroppen skett ökar möjligheten till ökad förståelse för hur sjukdom påverkar patienten (Dahlberg et al., 2003).

Lidandet

Lidande är en faktor som är starkt knuten till patientens situation, detta lidande kan anta olika skepnader beroende dess ursprung (Wiklund, 2003). Den mest omedelbara formen av lidande relaterat till vård kan kopplas samman med det som benämns sjukdomslidande. Vid en hjärtinfarkt kan en person uppleva känslor av smärta i bröstet som eventuellt strålar ut i armen, eventuellt i kombination med en stark förtummelse av ångest eller panik vilka alla kan klassificeras som en form av lidande orsakat av sjukdomen ifråga – sjukdomslidande. Denna form av lidande är dock inte enbart knuten till den mer akuta fasen av insjuknandet utan sträcker sig även över ett längre tidsspann som begränsningar i det dagliga livet vilket kan manifesteras sig i form av att patienten

upplever en försämrad livskvalité jämfört med tiden innan sjukdomen (Wiklund, 2003).

På samma sätt som en människa inte kan delas upp i konkret avskilda enheter som kropp, själ och ande är det svårt att distansera en form av lidande från ett annat. När en patient befinner sig i ett tillstånd av skada eller sjukdom kan denne återfinnas i en form av sjukdomslidande men detta innebär inte att situationen inte påverkar individen som helhet utanför ramarna för själva sjukdomen. Man talar då om att en människa befinner sig i ett stadium av livslidande, något som kan vara mer eller mindre konstant närvarande i det dagliga livet men som ofta blir mer konkretiserat i samband med tillstånd av sjukdom (Wiklund, 2003). Om en person drabbas av en hjärtinfarkt är chansen stor att denne kommer att reflektera över sin situation, inte bara när det gäller sjukdomen som sådan utan livet i stort. Den egna existensen ställs på sin spets varpå funderingar kring livet men också döden kan komma att göra entré i tankebanorna. En hjärtinfarkt innebär för många individer den första konkreta uppgörelsen med den egna dödligheten vilket kan bli en omskakande själslig upplevelse (Wiklund, 2003).

PROBLEMFORMULERING

I dagsläget är hjärt- och kärlsjukdomar en av de vanligast förekommande sjukdomskategorier som drabbar människor över hela världen, bara i Sverige insjuknar årligen över 36000 individer till följd av en akut infarkt. När en person drabbas av en hjärtinfarkt resulterar sjukdomen inte bara i en rent fysiologisk förändring av den mänskliga kroppen, det innebär även en själslig påverkan i form av en förändrad självbild. I samband med insjuknandet kan emotionella reaktioner förekomma som panik eller ångest. Patienten kommer utifrån sin livsvärld att uppvisa ett reaktionsmönster som är helt unikt och som inte kan återfinnas hos någon annan individ. För att förstå hur hon upplever sjukdomen tillika vårdssituationen behöver vårdpersonal våga fråga och bejaka det som patienten beskriver. Det är därför av intresse att undersöka närmare hur patienter som har drabbats av en hjärtinfarkt upplever sin situation för att på så sätt kunna bemöta patientens vårdbehov.

SYFTE

Att beskriva patienters upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt.

METOD

Metoden som valdes för denna studie var en innehållsanalys av kvalitativa artiklar. Genom att utgå från kvalitativt material kan en ökad förståelse för patienters unika upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov uppnås. Utgångspunkten för metoden är att enskilda kvalitativa forskningsstudier har ett värde i sig själva men genom att sammanställa flera studiers resultat kan ett större kunskapsvärde erhållas. Detta leder till att skapa en mer sammansatt kunskapsbild om ett specifikt fenomen och därmed en ökad nivå av förståelse (Friberg, 2006).

Litteratursökning

En inledande litteratursökning genomfördes som ett första steg för att erhålla en övergripande bild om vilken mängd material som fanns tillgängligt inom det aktuella

ämnesområdet. Via sökmotorerna Samsök samt Google Scholar användes till en början mer generella sökord som *heart attack, feelings, coping, qualitative research, anxiety*. Efter en första granskning av det genererade sökresultatet åskådliggjordes ett antal ämnesord som återkom i flertalet artiklar vilka valdes ut som ledsagande inför vidare litteratursökning, dessa var: *myocardial infarction, coping, self concept, quality life, experience* samt *emotional*. Den initiala granskningen gav även en mer detaljerad inblick till frekvent återkommande databaser där Cinahl, Pubmed samt Medline till slut valdes ut för en mer detaljerad tillika systematisk sökning då dessa innehåller publicerat material som avhandlar vård, omsorg, medicin samt omvårdnad. Tabell I visar en sammanställning av litteratursökningsprocessen från start till antalet slutgiltigt utvalda artiklar.

Tabell I Sammanställning av litteratursökningsprocessen

Databas	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar	Urval CASP
Cinahl	Myocardial infarction AND coping	170 (84)*	9	3
Cinahl	Myocardial infarction AND experience AND quality	73 (43)*	1	1
Cinahl	Myocardial infarction AND quality life AND emotional	36 (30)*	3	1
Medline	Myocardial infarction AND coping	203 (79)*	2	2
Medline	Myocardial infarction AND self concept	116 (28)*	1	1
Pubmed	Myocardial infarction AND coping	648 (214)*	4	2
Pubmed	Myocardial infarction AND self concept	257 (127)*	2	1

* Data inom parentes anger avgränsning till artiklar inom tidsrymden 2000.01.01 – 2010.12.31

Urval

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara kvalitativa och de skulle beröra patientens upplevelser av att ha genomlidit en hjärtinfarkt. Dessutom skulle tidsrymden för upplevelsena ej skulle överstiga tolv månader efter insjuknandet samt att patienternas nationalitet härröra ur det geografiska området västvärlden. Exklusionskriterier innefattade artiklar som ej var kvalitativa eller icke vetenskapliga samt hade ett datum för studien som föregick år 2000. Utifrån dessa kriterier kunde ett

antal artiklar väljas ut för närmare granskning, det första steget var att studera titel samt tillhörande abstract för verifikation om huruvida artikeln ifråga motsvarade syftet för denna studie. Urvalet resulterade i 22 artiklar som blev underlag för en noggrannare granskning.

Med hjälp av analysverktyget Critical Appraisal Skills Programme/CASP (2006) granskades samtliga 22 artiklar för att kvalitetssäkra det utvalda materialet, bland annat undersöktes hur väl artiklarna var strukturerade samt om syftet hade besvarats på ett tillfredsställande vis. Tre artiklar kunde ej inkluderas till studien då det vid en närmare granskning visade sig att det rörde sig om kvantitativt material, ytterligare fyra exkluderades eftersom de avhandlade patienters upplevelser av hjärtinfarkt som var äldre än tolv månader efter tillfället för insjuknandet. Två artiklar visade sig vara av bristande vetenskaplig kvalitet vilket resulterade i att de inte kunde appliceras för vidare granskning, samt att två artiklar hade fokus på patienters upplevelser av farmakologisk behandling före själva sjukdomen. Kvar återstod elva artiklar som matchade inklusionskriterierna för studien (Bilaga 1). Patienternas landsursprung i studien är begränsat till Europa och Australien där artiklarna avhandlar Australien, England, Danmark samt Sverige. Tre av artiklarna fokuserar enbart på kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt medan en hade män som målgrupp, resterande artiklar innehåller redogörelser om patienters upplevelser från båda grupperna. En artikel hade ett större fokus på hur farmakologisk behandling påverkar patienten i samband med hjärtinfarkt men materialet avhandlar även hur vårdpersonalens agerande skapar förändringar i vårdrelationen.

Analys

De elva utvalda artiklarna granskades utifrån den innehållsanalys som presenterats av Evans (2002). Evans beskriver att det är nödvändigt att den kvalitativa forskningen lyfts fram då den, till skillnad mot exempelvis den kvantitativa ansatsen, inte generaliserar utan istället belyser den unika individens erfarenheter och upplevelser. Genom att granska tidigare publicerat material och analysera de resultat som redovisas kan ny kunskap förmedlas utifrån en analysprocess som består av fyra steg (Tabell II).

Tabell II Evans analysmodell för kvalitativt forskningsmaterial

Huvudmoment	Delmoment
1. Datainsamling	<ul style="list-style-type: none"> Definiera inklusionskriterier Genomför informationssökning
2. Identifiering av nyckelfynd	<ul style="list-style-type: none"> Sammankoppla begrepp och bärande huvudfynd Läs igenom det funna materialet flertalet gånger
3. Jämförelse av teman mellan de olika studierna	<ul style="list-style-type: none"> Identifiera teman och subteman Jämför likheter och olikheter mellan de olika resultaten Tolka/reflektera över varje enskilt tema/subtema
4. Beskrivning av fenomenet som undersökts	<ul style="list-style-type: none"> Formulera syntetiserande beskrivningar gällande de funna teman samt subteman

Det första steget i granskningsprocessen var att författarna tillsammans läste igenom och diskuterade de utvalda artiklarna för att på så sätt skapa sig en god övergripande bild av innehållet. Därefter granskades fem respektive sex artiklar var och en för sig där likheter samt skillnader i de respektive resultaten identifierades och dokumenterades för vidare analys. När detta steg var genomfört träffades författarna och redovisade sina respektive fynd från de artiklar som studerats. Utifrån analysprocessen identifierades nyckelfynd, stycken av sammanhängande text eller direkta citat från intervjuade patienter, som sammanställdes till huvudfynd och jämfördes sinsemellan för att slutligen bilda teman med tillhörande subteman.

RESULTAT

Av resultatet framgår tre huvudteman med tillhörande subteman som beskriver patienters upplevelser av hjärtinfarkt (Tabell III).

Tabell III Patienters upplevelser av hjärtinfarkt

Tema	Subtema
Existentiellt hot	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionella reaktioner • Livsstilsförändringar och skuld
Förändrad livsroll	<ul style="list-style-type: none"> • Relationer till andra • Den sociala omgivningens betydelse
Den professionella vården	<ul style="list-style-type: none"> • Viljan att känna trygghet och förståelse • Känslan av ovisshet

Existentiellt hot

Oavsett hur patienten såg på sig själv som en fysisk tillika själslig individ före insjuknandet så påverkades denna självbild av hjärtinfarkten. Plötsligt befann sig personen ifråga inte bara i ett tillstånd av sjukdom, det fanns nu en konkret hotbild mot hela existensen som människa. Hotbilden medför en känslomässig påverkan av patienten som kan komma att yttra sig i emotionella reaktioner av olika slag där hon agerar utåt mot omgivningen. Insjuknandet i en hjärtinfarkt ledde till att flera patienter upplevde en vilja att genomföra en livsstilsförändring där en bakomliggande motivator var skuld relaterat till osunt leverne.

Emotionella reaktioner

Av de artiklar som granskades kunde ett stort antal påvisa att patienter som drabbades av en hjärtinfarkt uppvisade en rad känslomässiga reaktioner i såväl den akuta fasen som under tiden för återhämtning efter utskrivning från det lokala sjukhuset (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007; White, Hunter & Holttum, 2007; Ostergaard Jensen & Petersson, 2003; Attebring, Herlitz & Ekman, 2005; Roebuck, Furze & Thompson, 2001; Hutton & Perkins, 2008; Brink, Karlson & Hallberg, 2006; Svedlund & Danielsson, 2004; Jackson, Daly, Davidsson, Elliot, Cameron-Traub, Wade, Chin & Salamonson, 2000). För många av deltagarna i studien av Ostergaard Jensen och

Petersson (2003) blev insjuknandet det första och framförallt mest kraftfulla mötet med den egna dödligheten vilket patienten ofta tvingades möta i den akuta fasen av sjukdomen. Många av de intervjuade patienterna hade haft en stark tilltro till den egna fysiska hälsan innan insjuknandet, att denna typ av åkomma var något som bara kunde drabba andra utom en själv. En sådan självbild kan förklara den chockreaktion som följer i efterdyningarna av en hjärtinfarkt vilket en patient vittnar om: "My little brother had an coronary. But it was not that bad, he had a quick recovery. But the other two, they died at once ..." (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003, s. 127).

Att drabbas av en hjärtinfarkt utlöste en rad olika emotionella reaktioner hos patienter som rädsla, oro, nedstämdhet eller ren dödsångest. Hur starka dessa känslor var varierade från person till person men samtliga upplevde en själslig påverkan som var direkt relaterad till hjärtinfarkten. Även om patienter upplevde starka emotionella reaktioner så innebar inte detta per automatik att de kom till uttryck utåt sett vilket kunde ses som en copingstrategi (Brink et al., 2006). Förhållningssättet att minimera de egna känslorna för att på så sätt kunna återta kontroll över situationen är något som en kvinnlig patient beskrev med följande uttalande;

I prefer not to talk. I think it's a way of surviving; I don't want to be anxious, because I know that everything will get worse. I don't want to go deep into those thoughts. I've seen too many depressed people around (Brink et al., 2006, s. 408).

En annan aspekt gällande hjärtinfarkt är den efterföljande medicinska behandlingen. Patienter uttryckte att den farmakologiska regimen kändes som ett övertramp på deras personliga integritet, genom att behöva ta mediciner på en daglig basis för resten av livet blev de konstant påmindas om sin hjärtinfarkt vilket påverkade deras självbild på ett negativt vis. En intervjuad person beskriver dessa funderingar på följande vis enligt Attebring et al. (2005): "When taking the pills, I think about whether this situation will continue all my life?" (s. 156).

När den akuta fasen av hjärtinfarkten hade passerat kunde skillnader mellan könen noteras gällande de emotionella reaktioner som drabbade patienterna under rehabiliteringen. Begränsning av något slag var den gemensamma nämnaren men den yttrade sig på olika vis. Män tenderade att nämna fysiska begränsningar i det vardagliga livet som en orsak till känslotvingningar, vid förfrågan om vilken form av känslor som var mest påtagliga nämnde flertalet av männen ilska, irritabilitet och frustration (Hutton & Perkins, 2008; Roebuck et al., 2001). Kvinnliga patienter lyfte fram själsliga känslolägen likt oro eller ångest för nytt insjuknande som en orsak till utåtagerande reaktioner (Kristofferzon et al., 2007). Men det finns också stora likheter att finna hos båda könen sett till hur patienter kan komma att reagera och uttrycka sig emotionellt efter en hjärtinfarkt. Många upplevde en överhängande oro vid tankar om framtiden, det fanns en rädsla över att drabbas av en ny hjärtinfarkt vilket påverkade vardagen på ett negativt vis: "I am more frightened. I was not frightened immediately. I think I am more frightened now about the future and what it may bring as I've had time to think." (Roebuck et al., 2001, s. 791).

Livsstilsförändringar och känslan av skuld

Att drabbas av en hjärtinfarkt sågs som ett tecken på att tidpunkten var kommen för att förändra sin livsstil på ett eller annat vis utifrån flera intervjudeltagares redogörelser (White et al., 2007; Ostergaard Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007;

Jackson et al., 2000). Ostergaard Jensen och Petersson (2003) nämner dessa livsstilsförändringar som en förebyggande reaktion från patientens sida. Strategin med förebyggande tankebanor visade sig vara ett sätt att hantera den rädsla och oro som präglar känslomönstret efter utskrivning från sjukhus där flera patienter vittnade om funderingar inför såväl framtiden som den egna dödligheten. Av alla bakomliggande orsaker och anledningar till tankar om livsstilsförändring visade sig skuld ha en framträdande roll i samtal med patienterna där de beskyllde sig själva för att ha försatt sig i den nuvarande situationen. I studien av Jackson et al. (2000) framkom det att kvinnliga hjärtinfarktspatienter kunde uppleva skuldkänslor efter att de hade återvänt hem från sjukhuset då tid fanns för reflektion. Kvinnorna insåg att livsstilsförändringar var en nödvändighet samtidigt som denna insikt ledde till känslor av sorg över att behöva försaka inslag i vardagen. De intervjuade patienterna kunde beskriva situationen med följande citat: "I have to give up work and take things quietly", "I have to cut back my lifestyle" samt "I have to restrict my activities" (Jackson et al., 2000, s. 1407).

Den nuvarande livsstilen som bidragit till utvecklingen av en hjärtinfarkt kunde av patienter upplevas som en motiverande faktor men också som ett hinder. Exempelvis uttryckte vissa av de kvinnliga patienterna en vilja att genomföra en förändring i tillvaron men att de saknade det nödvändiga stödet från omgivningen (Kristofferzon et al., 2007). Andra berättade om en känsla av skam som inte bara var relaterad till att den rådande livsstilen hade försatt dem i ett tillstånd av sjukdom, den var även knuten till ett beroende av omgivningen. Dessa patienter saknade en egen vilja att förändra tillvaron gällande livsstil men de insåg att det var trots allt en nödvändighet för att undvika en ny hjärtinfarkt (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001). Men alla patienter upplevde inte behovet av en korrigerande livsstil som ett negativt utfall för tillvaron i stort. Istället för att känna sig som ett offer för sjukdomsbilden var flertalet av de kvinnliga patienterna helt inställda på att övervinna situationen. De hade en klar plan som involverade att återta kontrollen över såväl sin egen kropp som livet i sin helhet (White et al., 2007).

Förändrad livsroll

En sjukdom eller åkomma kan komma att påverka såväl patient som närstående på olika sätt beroende på situationens allvar, en hjärtinfarkt har exempelvis en grav påverkan på hur omgivningen uppfattar patienten och vice versa. Patientens relationer till närstående kan komma att förändras på en rad olika plan på grund av hjärtinfarkten. Den sociala omgivningens betydelse kan komma att påverka patientens självbild på ett negativt sätt men likaså ha en betydande positiv effekt på den efterföljande läkningsprocessen efter en genomlidit hjärtinfarkt.

Relationer till andra

Patienter upplevde överlag att det skedde en stor förändring i hur de uppfattades av sin närmaste omgivning (White et al., 2007; Ostergaard Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007; Roebuck et al., 2001; Hogg, Garratt, Shaw & Tagney, 2007; Hutton & Perkins, 2008; Svedlund & Danielsson, 2004). Efter den akuta fasen av hjärtinfarkten erfor flera av de drabbade, främst de kvinnliga patienterna, att deras position i livet förändrades i negativ bemärkelse. Innan de drabbades av hjärtinfarkt var de vana att ha kontrollen och vara den som styrde och ställe varpå det innebar en stor

förändring att behöva hjälp och stöd av övriga familjemedlemmar. Det uppstod en känslomässig konflikt då kvinnliga patienter samtidigt berättar om den akuta fasen av sjukdomen som kändes extra mödosam, det framgick av intervjuerna att flera av kvinnorna oroade sig redan på sjukhuset hur deras män och barn klarade sig: "I used to be the strong one and take care of others, and now it was I who needed them.." (Svedlund et al., 2001, s. 200). Självbilden förändrades kraftigt, flera patienter upplevde att den gick förlorad där istället själva sjukdomen blev den nya identiteten gentemot närmaste omgivningen (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003). Nätverk som till exempel arbetskollegorna spelade också stor roll för hur den egna självbilden upplevdes (White et al., 2007). Män i större utsträckning än kvinnor vittnade om äktenskapliga problem till följd av hjärtinfarkten (Kristofferzon et al., 2007).

Kvinnor i högre grad än män försökte skydda sina familjer och vänner från oro. Istället för att berätta hur de mådde och vad de funderade över, höll de sina tankar för sig själva. Allt för att inte vara till besvär (Svedlund et al., 2001). Rädslan för att övriga familjemedlemmar skulle bli än mer oroliga resulterade i att de kvinnliga patienterna höll inne på sina känslor och sin egen oro alternativt ångest. Kvinnorna berättade att de agerade på följande vis redan under den akuta fasen av sjukdomen och fortsatte att undanhålla sina känslor under återhämtningen (Kristofferzon et al., 2007; Svedlund & Danielson, 2004). Beroende på hur de anhöriga reagerade på sjukdomen inskränktes patienternas liv på olika sätt. Anhöriga lät den egna oron och medlidandet gå ut över patienten vilket upplevdes som betungande i dennes vardag, effekten av anhörigas agerande ledde till slitningar i relationerna vilket en kvinnlig patient vittnade om;

I want to be happy and can't go limping around feeling sorry for myself because I don't want that... I don't want people feeling sorry for me because that doesn't make me feel any better... I have decided that I can manage for a while... I don't really tell my relatives how I feel... (Svedlund & Danielson, 2004, s. 441).

Balansen mellan personerna i en parrelation kunde förändras som en följd av hjärtinfarkten (Svedlund & Danielsson, 2004). En del av kvinnorna i studien vittnar även om att det kan vara riktigt påfrestande att känna att deras partner börjat oroa sig så mycket för dem och att detta i sig fick de att hålla inne med sina tankar vilket en kvinna uttryckte på följande vis:

I can't live like this... it feels like being enclosed in a shell... I get warnings and they are always checking on me and sniffing to see if I've been smoking or checking to see if I've been cleaning... (s. 441).

Den sociala omgivningens betydelse

I dyningarna av en hjärtinfarkt lyfte de drabbade patienterna fram anhöriga som en viktig del av rehabiliteringsarbetet. Kvinnorna upplevde många gånger ett stort stöd från sin make, att denne tog sjukdomen på fullaste allvar och visade stor empati för den rådande situationen (White et al., 2007).

Patienterna vågade pröva sina gränser och förändra sin livsstil tack vare stöttning och uppbackning från omgivningen, men även praktisk hjälp upplevdes som ett stort stöd i rehabiliteringen liksom möjligheten till reflekterande samtal (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007). De intervjuade kvinnorna framhöll också att de sökte stöd i flera olika sociala nätverk vilket bidrog till en ökad känsla av stöd och trygghet. Samtidigt nämnde de även att de kunde känna sig överbeskyddade av sin

bättre hälft (Kristofferzon et al., 2007; White et al., 2007). För såväl manliga som kvinnliga patienter var familjen det nätverk som hade störst betydelse för den individuella själsliga läkningsprocessen. Make eller maka var ett ovärderligt stöd i såväl praktisk som emotionell mening för patienterna vilket en kvinna återberättar: "My husband is my best friend. We talk about everything and helps each another..." (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003, s. 129).

Vissa av de drabbade patienterna trivdes med att de fick mycket stöd och hjälp av omgivningen. De upplevde frihet när de fick hjälp med praktiska detaljer och inte behövde fokusera på att till exempel laga mat: "I'm lucky my missus...I know what she's telling me is for my benefit and she's brilliant she cooks me whatever I fancy" (Hutton & Perkins, 2008, s. 92). Förhållningssätten till olika patienter skiljde sig markant, de som ville ha stöd med samtal och bearbetning fick det av sina anhöriga vilket upplevdes som hjälpande och patienterna som inte hade behov av samtal och bearbetning kring sin hjärtinfarkt upplevde det som positivt att inte behöva tvingas till samtal av sina anhöriga (Hutton & Perkins, 2008).

Den professionella vården

Patienter som drabbas av en hjärtinfarkt uppvisar en förändring som är såväl emotionell som fysisk. Det är dock inte bara sjukdomen i sig själv som påverkar individen. Oavsett om det vårdande mötet skedde på sjukhus eller i samband med uppföljande samtal vid öppenvården hade vårdpersonal en betydande roll för patientens utveckling. Hon kan komma att erhålla en känsla av trygghet i en situation som annars präglas av osäkerhet eller oro. Men beroende på vårdpersonalens agerande kunde även vissa patienter uppleva sin sjukdomssituation som oviss, svårbegriplig eller i vissa fall ångestladdad.

Viljan att känna trygghet och förståelse

För en patient som drabbats av en hjärtinfarkt är en öppen dialog och vilja till kommunikation och lyhördhet hos vårdpersonalen en vital komponent i läkningsprocessen (White et al., 2007; Ostergaard Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007; Attebring et al., 2005; Hogg et al., 2007; Brink et al., 2006; Jackson et al., 2000). Hur patienter upplevde mötet tillika relationen med vårdpersonal i samband med vistelse på sjukhus varierade. Ett professionellt bemötande samt förhållningssätt gentemot vårdtagaren var något som skänkte en stark känsla av trygghet, patienten kunde förlita sig på att den personal som var involverad i vården hade kunskap om den rådande situationen. Känslan av trygghet infann sig hos vissa av patienterna då de upplevde att information från vårdpersonal förmedlades på ett sätt som kändes individuellt meningsfullt för patienten (White et al., 2007).

Intervjuade patienter lyfte även fram betydelsen av att vårdpersonal fanns nära till hands, den fysiska närvaron var en faktor som ytterligare ingav en känsla av trygghet. Enligt Kristofferzon et al. (2007) berättade vissa kvinnliga patienter att de sökte information och stöd från såväl läkare som sjuksköterskor men att de föredrog den senare yrkeskategorin då sjuksköterskan fanns mer till hands och visade sig mer benägen att lyssna. I studien av Brink et al. (2006) framkom det att patienter hade ett stort informationsbehov för att kunna skapa förståelse över såväl den rådande situationen som hur de skulle hantera framtiden. Sjuksköterskan blev en stöttepelare, en trygg punkt där patienten kunde komma med frågor och få adekvata svar vilket skapade

en känsla av trygghet och förståelse. En kvinnlig patient beskriver situationen;

Then I got a little bit more information when I asked. I learned that I have a chronic arteriosclerosis and there's a lot I can do. I feel comfortable with that. To some extent, the way things turn out is up to me. [Woman aged 50] (Brink et al., 2006, s. 407).

Upplevelsen av trygghet kan kopplas till känslan av förståelse för den aktuella situationen. Om vårdpersonalen kunde informera patienter på ett sätt som gjorde budskapet förståeligt tillika meningsfullt för just dem så återfanns en känsla av förtroende och trygghet. Det finns skillnader i hur olika yrkesgrupper som är involverade i vårdprocessen uttrycker sig gentemot patienten vilket beskrivs i följande uttalande;

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 quite 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. [Beryl] (Jackson et al., 2000, s. 1407).

Att sjuksköterskan har en viktig roll i den vårdande relationen vid en hjärtinfarkt var ett påstående som flertalet patienter vittnade om. Sjuksköterskan uppvisade en medvetenhet om patientens situation som var betryggande, vid den akuta fasen av insjuknandet kunde patienter uppleva en känsla av säkerhet i en annars kaotisk situation (Kristofferzon et al., 2007).

Känslan av ovisshet

På samma sätt som vårdpersonals agerande och bemötande kunde stärka patienten så finns det exempel på det motsatta scenariot. Vissa patienter upplevde svårigheter att förstå innebörden av den information som vårdpersonal försökte förmedla dem gällande sjukdomsbilden. Mycket av denna problemsituation bottnade i personal som använde terminologi vilket patienter inte förstod (Hogg et al., 2007; Attebring et al., 2005; Jackson et al., 2000). Något som skapade en känsla av oro inför framtiden var att läkare eller sjuksköterskor inte tog sig tid att diskutera vad patienten behövde tänka på för att undvika en ny infarkt i framtiden. Patienter kunde uppleva att mycket av den information som förmedlades från vårdpersonalens sida var allt för fokuserad på nuet. En person som intervjuades under sin sjukhusvistelse uttryckte sig på följande vis;

I feel that I have not yet really talked with any doctor that has described more precisely where my infarction is located, what I shall do in my life and what is suitable for me. I need to discuss these things with somebody (Attebring et al., 2005, s. 157).

Det finns ytterligare faktorer när det gäller vården av hjärtinfarkt som kan komma att skapa oro eller känslor av ovisshet hos patienten. Vissa berättade att det var för många personer som var involverade i vården, patienter saknade kontinuitet och möjligheten att kunna träffa samma personal under vistelsen på sjukhuset (Hutton & Perkins, 2008). En annan faktor som påverkade patienter negativt var avsaknaden av att kunna diskutera sin nuvarande situation privat med antingen läkare eller sjuksköterska. Avskildhet var något som saknades då det förekom att patienter fick dela rum med andra hjärtsjuka personer vilket kunde uppfattas som problematiskt (Attebring et al., 2005).

Patienter berättade om en känsla av trygghet under vistelsen på sjukhus som dock försvann tämligen fort efter att de blivit utskrivna. Redan på sjukhuset kunde tanken på utskrivning skapa oro och ångest inför framtiden som upplevdes skrämmande. I studien av Jackson et al. (2000) beskriver kvinnliga patienter hur de upplevde känslor av rädsla och osäkerhet som en direkt följd av brist på kunskap och information om deras hjärtinfarkt. Behovet av att erhålla mer information från vårdinstansen var lika starkt under såväl den akuta fasen som efterföljande rehabilitering av hjärtinfarkten. Bristen på information kunde leda till att de kvinnliga patienterna gick in i ett förnekande förhållningssätt gentemot sin sjukdomssituation vilket följande citat vittnar om;

I am scared I will have another heart attack, but if I don't think about it, it might not happen. If you think about it constantly it could happen. You might have one because you talk yourself into it. It's best not to think about it. [Hilda] (Jackson et al., 2000).

Känslan av rädsla förstärktes på grund av en brist på information från vårdpersonalens sida, patienter saknade adekvat kunskap om förebyggande hälsoarbete (Attebring et al., 2005; White et al., 2007; Kristofferzon et al., 2007). Att formulera och begrunda över konkreta frågeställningar var av stor vikt för att minimera ångest om framtiden (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003).

DISKUSSION

Valet av metod

Vårt mål med studien var att erhålla en ökad förståelse för de unika tillika individuella upplevelser som återfinns hos patienter som drabbas av en hjärtinfarkt. Arbetet utfördes utifrån den forskningsmodell som presenteras av Friberg (2006) om kvalitativ innehållsanalys. Modellen valdes då den ger en ökad förståelse för patientens unika situation vilket motsvarade syftet för studien. Som verktyg för den kvalitativa innehållsanalysen användes Evans (2002) metod. Att genomföra studien med hjälp av ovan nämnda metod har överlag fungerat väl, fördelen är att den tillhandahåller en konkret mall som beskriver analysprocessen steg för steg vilket underlättade arbetet med att granska de utvalda artiklarna. Således upplevde författarna till denna uppsats inga svårigheter med att identifiera samt sammanställa nyckelfynd. Problemet med den valda analysmodellen, likt många andra verktyg gällande granskning av kvalitativt material, är att det kan uppstå tveksamheter om huruvida de teman samt subteman som identifierats är korrekta. Vid ett par tillfällen under arbetets gång kunde det stundtals kännas problematiskt att hitta lämpliga benämningar för de teman samt subteman som vi hade identifierat i samband med analysen. Detta är återigen något som kan härledas till den kvalitativa metodiken som inte generaliserar vilket öppnar upp för mer individuella tolkningar än motsvarande kvantitativa ansatser. Vi är övertygande om att våra utvalda artiklar skulle kunna generera helt annorlunda teman samt subteman om de analyserades av andra författare.

En inledande litteratursökning påvisade att ämnesområdet hjärtinfarkt sedan tidigare hade utforskats med såväl kvalitativa som kvantitativa metoder. ”Kvalitativa studier syftar till att skapa förståelse för patienten och hans situation. Med hjälp av denna modell fördjupas förståelsen för ett valt fenomen som har att göra med patientens

upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov att göra” (Segesten, 2006, s. 87). Då syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt valde författarna att fokusera på kvalitativt material med utgångspunkt i ovanstående citat.

Under de senaste åren har diskussionerna i det medicinska tillika vårdvetenskapliga etablissemanget mer och mer lyft fram att det finns skillnader mellan kvinnor och män gällande hur en person erfar att drabbas av en hjärtinfarkt. En fundering som dök upp i samband med den inledande litteratursökningen var om vår studie skulle gälla enbart kvinnors upplevelser. Då vi var intresserade av att se om det fanns eventuella skillnader att finna i sjukdomsupplevelsen som var direkt relaterade till könstillhörighet strävade vi efter att inkludera material som avhandlade såväl kvinnor som män. Tre av de slutgiltiga elva artiklarna fokuserade på kvinnliga patienter, en om män och resterande berörde likheter samt skillnader mellan könen.

Efter genomförd litteratursökning hade 22 artiklar valts ut som genomgick en kvalitetsgranskning med hjälp av analysverktyget CASP (2006). Efter avslutad analys kvarstod elva artiklar, då rekommendationen för denna typ av studie är mellan fem till femton artiklar gjordes bedömningen att elva var en tillräcklig grund varpå ingen kompletterande litteratursökning genomfördes. Rent geografiskt berör fyra artiklar patienter i England, en fokuserade på danskar, en på kvinnliga patienter från Australien och resterande fem handlade om hur svenska patienter upplevde olika sidor av sjukdomen hjärtinfarkt. Vi är medvetna om att denna exkludering leder till att eventuella kulturella inslag gällande hjärtinfarktspatienter i exempelvis Asien eller Afrika faller bort. Vårt mål med studien var att inte fokusera så mycket på enskilda yttre faktorer hos patienten utan mer den unika berättelsen om hur det är att uppleva en hjärtinfarkt. Under analysprocessen upplevde båda författarna att patienternas redogörelser för hur de upplevde hjärtinfarkten var universella så till vida att nationalitet inte hade en avgörande betydelse.

Även om det rent praktiska arbetet med att analysera och sammanställa teman samt underliggande subteman stundtals har skett individuellt har det under arbetets gång varit en fortlöpande dialog mellan författarna för att försäkra om enighet gällande fynden i det utvalda materialet. Den beskrivna arbetsmetoden applicerades även under processen med att analysera de vetenskapliga artiklarna utifrån Evans (2002) modell. Detta arbete fortskred individuellt där författarna träffades med jämna mellanrum för att jämföra och diskutera de fynd som framkommit i respektive del av det uppdelade materialet. I och med att denna uppsats var en parinsats är vi medvetna om att analyser tillika slutsatser skulle te sig annorlunda om uppsatsen skrevs av endast en person alternativt fler än två författare. Vi har strävat efter att eliminera felmarginaler genom att ha en god dialog mellan oss under hela arbetets gång för att på så sätt kontinuerligt granska och förbättra varandras bidrag.

Resultatdiskussion

Det material som vi granskade i samband med processen att skriva studien visade entydigt på att patienter som drabbas av en hjärtinfarkt upplever en påverkan tillika förändring som sträcker sig långt förbi en rent fysisk reaktion. Att insjukna i en hjärtinfarkt leder till starka emotionella reaktioner hos patienten, reaktionsmönstret är lika unikt som individen själv och kan därför inte generaliseras. Den mänskliga kroppen

som fram tills nu har varit en självklarhet, något som eventuellt tagits för givet, har plötsligt havererat på det mest dramatiska vis vilket i efterdyningarna lämnar en person i ett tillstånd av inre kaos. Vi fann att patienter berättade om hur hjärtinfarkten inte bara orsakade emotionella reaktioner utan upplevdes som ett hot mot självaste existensen. Wiklund (2003) menar att det inte bara själva kroppen som förändras vid hjärtsjukdom utan även patientens upplevelse av sig själv som kropp. Det betyder att exempelvis sjuksköterskan i samband med vård av en hjärtinfarktpatient inte låter sitt arbete begränsas i form av termer som symptom eller diagnos. Wiklund (2003) beskriver hur kroppen är säte för våra känslor och vårt medel för kontakt med världen. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är kroppen således mycket mer än vår fysiska gestalt. Det innebär också att vårdaren som sköter om en sjuk eller skadad kropp också måste beakta detta större sammanhang och inte bara skadan (s. 47).

Vi tycker det är intressant tillika viktigt att lyfta fram de emotionella reaktioner som förekommer hos en patient i samband med hjärtinfarkt som nämns i temat ”Existentiellt hot”. Även om dessa känslomässiga yttringar kan kategoriseras med olika benämningar menar vi att den unike individen för den sakens skull inte kan eller skall förminskas i ögonen på vårdpersonalen. Emotionella yttringar kan uppdaga sig kort efter det akuta insjuknandet och det är av yttersta vikt att sjuksköterskan finns till för patienten, att hon inte lämnas ensam med sina funderingar kring liv och död. Brist på empati och uppmärksammande från vårdpersonal är något som en manlig patient vittnade om med följande uttalande;

Very often they are in a rush and they are very abrupt. The professional, he knows what he is talking about and he will come out with a big complicated word and you are not going to dare ask him what he means [Survivor] (Stewart, Davidson, Meade, Hirth & Makrides, 2000, s. 1354).

Ett annat intressant fynd som är relaterat till patienters emotionella reaktioner i samband med hjärtinfarkt är de skillnader som återfinns mellan kvinnor och män. De artiklar som vi analyserat redovisar att kvinnor överlag tenderade att undanhålla sina egna känslor för att på så vis inte oroa den närmaste omgivningen (Svedlund et al., 2001; Kristofferzon et al., 2007) medan män kunde vara mer utåtagerande med sina inre känslor. En sjuksköterska behöver således mer än bara klinisk kunskap för att vårda en patient som drabbats av en hjärtinfarkt. Det behövs även insikt i att könstillhörighet kan komma att påverka de emotionella reaktioner som uppdagar sig i samband med insjuknandet samt under den efterföljande tiden.

Att patienter som drabbats av en hjärtinfarkt upplever känslor av oro, ångest alternativt rädsla inför framtiden är ett tema som genomsyrar hela studien. Genom analyser av vetenskapliga artiklar har vi observerat att det sker en kroppslig påverkan hos patienten varpå hennes individuella identitet påverkas. Men vilken roll spelar vårdpersonal i sammanhanget? En patient kan på grund av sin hjärtinfarkt befinna sig i ett tillstånd av sjukdomslidande orsakat av såväl fysisk smärta som upplevelser av att vara begränsad (Wiklund, 2003). Dock kan patienten komma att drabbas av ytterligare former av lidande som härrör ur vårdpersonalens agerande. Dahlberg et al. (2003) beskriver hur ett vårdlidande kan uppstå för patienten om fokus för vården skiftas från individen till avdelningens strukturer och rutiner. Vi anser att den arbetsstruktur som Dahlberg et al. (2003) hänvisar till innebär att exempelvis sjuksköterskor distanserar sig från patienten. Resultatet blir att vårdaren inte ser helhetsbilden hos patienten enligt Wiklund (2003);

En risk med det är att vårdaren koncentrerar sig på det yttre, på det som förefaller konkret och möjligt att relativt enkelt åtgärda, istället för att närma sig patienten ur ett helhetsperspektiv där lidande och existentiella tankegångar aktualiseras. Det föreligger med andra ord en diskrepans mellan vad patienter behöver – att få hjälp att sätta ord på sitt lidande och tala om det – och vårdarens beredskap att göra detta (s. 97).

Patienten har drabbats av ett sjukdomslidande som en direkt följd av sin hjärtinfarkt, det är fastställt. Dock behöver inte individen per automatik drabbas av exempelvis ett vårdlidande förutsatt att sjuksköterskan vågar närma sig patienten och se till det större sammanhanget. Vår åsikt är att ett sådant förfarande är omöjligt om sjuksköterskan distanserar sig varpå omvårdnaden blir baserad på mer generella rutiner och strukturer. Författaren Dahlberg lyfter fram hur patienter drabbas av ett vårdlidande som en direkt konsekvens av vårdpersonalens agerande. Patienter intervjuades om sina erfarenheter av sjukhusvård varpå ett tema dök upp i analysen: själva vården tenderar att vara allt för fokuserad på att följa generella rutiner istället för att se till varje patientens individuella behov och önsningar (Dahlberg et al., 2003). Detta är något som stämmer väl överens med våra fynd utifrån analyser av patienters egna berättelser om upplevelser i samband med hjärtinfarkt.

Av det material vi granskade i samband med studien framkom det att många patienter upplever en stark känsla av oro eller rädsla i samband med att de skall bli utskrivna från sjukhuset. Tanken på att behöva lämna en miljö som präglas av trygghet och omhändertagande påverkade patienterna negativt. Vi upplever att det i dagsläget finns en konflikt mellan att en patient är medicinskt kontra själsligt färdigbehandlad, den senare erfordrar eventuellt ett längre tidspann sett till sjukdomsbilden för hjärtinfarkt. Även om arbetssituationen på en avdelning kan vara tidsmässigt pressad anser vi att sjuksköterskan behöver lyfta blicken och se till var patienten befinner sig i sin situation, inte bara i nuet utan även tiden efter vistelsen på sjukhuset. Om sjuksköterskan redan från inskrivning av patienten kan börja planera vården utifrån ett mer individuellt perspektiv sett till personen som vårdas kan detta underlätta för henne under den rehabiliterande fasen. Enligt Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005) bör sjuksköterskor göra en grundlig bedömning för varje enskild patients symptom, begränsningar, sociala skyldigheter samt hennes självbild gentemot omgivningen. En vårdplanering som är mer individuellt inriktad från start kan leda till en ökad livskvalité för patienten under den rehabiliterande fasen av sjukdomen.

Som sjuksköterskor vårdar vi inte bara en sjukdom utan en människa som inte kan brytas ned till enskilda komponenter som symptom och diagnoser. Hjärtinfarkt är tyvärr en ökande sjukdomskategori och därmed blir chansen att vårdpersonal kommer att komma i kontakt med denna patientgrupp bara större och större för var dag som passerar oavsett avdelningstillhörighet. Har sjuksköterskan en ökad insikt om patientens situation och upplevelser så gynnas relationen parterna emellan redan från den första kontakten i det akuta stadiet av hjärtinfarkten.

Praktiska implikationer

Resultatet i denna studie presenterar fynd som visar att patienter uppvisar en rad känslomässiga reaktioner i samband med insjuknandet i en hjärtinfarkt. Vidare framkommer det att agerandet från vårdpersonalens sida kan ha en stark påverkan hos patienten, en påverkan som kan ha såväl positiva som negativa konsekvenser. Utifrån

resultatet i studien har nedanstående punkter utformats som vi anser att vårdpersonal bör ha med sig i den vårdande relationen gentemot patienten;

- Anpassa samt planera behandling tillika omvårdnad utifrån den enskilda patientens behov.
- Betänk att det finns såväl fysiska som själsliga skillnader mellan kvinnor respektive män i hur de upplever en hjärtinfarkt.
- Ge detaljerad tillika individuellt anpassad information till såväl patient som närstående om vad som sker efter utskrivning från sjukhuset för att på så sätt minska oro och rädsla hos patienten.
- Involvera närstående i vården via samtal och undervisning så att de kan ge ett gott stöd till patienten efter utskrivning.

Förslag på vidare forskning

Även om forskningen har ökat gällande skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelser i samband med en hjärtinfarkt så anser vi att det fortfarande finns bristfälligt med material som berör ämnesområdet. I samband med litteratursökning samt analyser av artiklar fann vi fynd som indikerade att det mycket riktigt finns olikheter i hur patienter vittnar om sin hjärtinfarkt vilket kan sammankopplas med könstillhörighet. Vi tycker dock att det finns utrymme för vidare forskning med fokus på kvinnliga patienters upplevelser då mycket av det material som finns tillgängligt idag avhandlar männens upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt vilket kan leda till att kvinnor inte erhåller adekvat vård. Ett annat ämnesområde som vi uppfattar vara bristfälligt utforskat är hur kulturell tillika religiös tillhörighet kan komma att påverka patientens upplevelser.

REFERENSER

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

Brink, E., Karlson, B.W., & Hallberg, L.R.-M. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing* 53(4), 403-411.

CASP (2006). *Critical Appraisal Skills Programme*. Hämtad 2011-03-11 från <http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/resources/critical-appraisals-skills-programme>

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.

Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Haugland, T., Hansen, I., & Areklett, E. (2002). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. Ingår i H. Almås (red.), *Klinisk omvårdnad 1* (s. 410-445). Stockholm: Liber.

Held, C (2011). *Hjärtinfarkt med ST-höjning, akut*. Hämtad 2011-04-05 från http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1085

Hjärt-lungfonden (2011). *Hjärtrapporten 2010*. Hämtad 2011-03-23 från <http://www.hjart-lungfonden.se/HLF/Pressrum/Rapporter/Rapporter/Hjartrapporten-2010/>

Hogg, N. M., Garratt, V., Shaw, S. K., & Tagney, J. (2007). It has certainly been good just to talk: An interpretative phenomenological analysis of coping with myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 651-662.

Hutton, J. M., & Perkins, S. J. (2008). A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 87-97.

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

- 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.
- 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.
- Nilsson, J. (2005). Aterosklerosprocessen. Ingår i J. Östergren (red.), *Kärlsjukdomar – lärobok i medicinsk angiologi* (s. 23-31). Lund: Studentlitteratur.
- Ostergaard Jensen, B., & Petersson, K. (2003). The illness experience of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51, 123 - 131.
- Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794.
- Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 85-89). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2007). *Sjukskrivning vid ischemisk kranskärlsjukdom*. Hämtad 2011-03-27 från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/ischemiskkranskarsjukdom>
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivor's and spouses' stress, coping and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1351-1360.
- 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.
- Vasko, P. (2007). Hjärt-kärlsjukdomar. Ingår i L-G. Johansson (red.), *Medicinboken* (s. 55-143). Stockholm: Liber.
- White, J., Hunter, M., & Holttum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 278 – 288.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga 1: Sammanställning av analyserad litteratur

Fakta	Perspektiv	Problem och syfte	Metod (n= antal deltagare)	Resultat
<p>Titel: How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping</p> <p>Författare: White, J., Hunter, M., Holtum, S.</p> <p>Tidskrift: Psychology, Health and Medicine</p> <p>Årtal: 2007</p>	Kvalitativt patientperspektiv	There appears a dearth of research women's needs. This study aimed to explore adjustment in terms of women perception of their cardiac event, impact on relationships and coping strategies employed.	Five women suffering first time MI where interviewed, using a semi-structured format and were telephoned 2 months later. Data were analysed using Interpretative Phenomenological Analysis. n=5	Perceptions included: Making sense of the event, cognitive and emotional responses and self-beliefs. Relationships issues were: others reactions and change in relationship and roles. Cognitive and behavioural strategies and support from others formed coping strategies.
<p>Titel: Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction</p> <p>Författare: Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., Carlsson, M.</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2007</p>	Kvalitativt patientperspektiv	Few qualitative studies have investigated experiences of both women and men after a myocardial infarction and remarkably little research has been conducted on men's experience. The aim is to describe experiences of daily life of women and men during the first four to six months after a myocardial infarction. The focus is on problems, managing problems and support from their network.	Semi-structured interviews were conducted with 20 women and 19 men from January 2000 to November 2001. Data were analysed using qualitative content analysis. n=39	Three themes were generated from the analysis: Threatening ordinary life, Struggling for control, and The ambiguous network. Physical symptoms and emotional distress were the most commonly described problems during the first months after a myocardial infarction. The informants manage the problems by negotiating with themselves, relying on their own capabilities, changing attitudes and behaviours and taking their own decisions and actions.

Fakta	Perspektiv	Problem och syfte	Metod (n= antal deltagare)	Resultat
<p>Titel: The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction</p> <p>Författare: Ostergaard Jensen, B., Petersson, K.</p> <p>Tidsskrift: Patient Education and Counseling</p> <p>Årtal: 2003</p>	Kvalitativt patientperspektiv	The purpose of this study was to investigate illness experiences of patients after a first myocardial infarction (MI), focusing on life situation and the recovery process over time.	Thirty patients were interviewed within the first 3 days of hospitalization, and again 17 weeks after discharge. The interviews were tape-recorded verbatim and the transcriptions were analysed and categorised using qualitative content analysis. n=30	The main category was Uncertainty of the life situation that was combined with and articulated the superior theme in both interviews. Analyses revealed uncertainty focused on problems related to treatment-seeking behaviour; existential threat; preventing another coronary and need for knowledge and support.
<p>Titel: Intrusion and confusion – the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction</p> <p>Författare: Attebring, M., Herlitz, J., Ekman, I.</p> <p>Tidsskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Årtal: 2005</p>	Kvalitativt patientperspektiv	To explore patients' experiences of secondary prevention after a first AMI.	A qualitative approach with hermeneutical analysis of in depth interviews was used. n=20	Two main themes emerged from the analysis. 1) Impact of medication: patients interpreted bodily sensations as consequence of being medicated rather than as a result of their heart attack. The medication led to feelings of being intruded upon but also to positive feelings of security. 2) Impact of health professionals: communication with health professionals resulted in confusion about both treatment and the severity of the coronary disease. Patients expressed a need of being reassured by their physician regarding their physical status.

Fakta	Perspektiv	Problem och syfte	Metod (n= antal deltagare)	Resultat
<p>Titel: Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction</p> <p>Författare: Svedlund, M., Danielsson, E., Norberg, A.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2001</p>	Kvalitativt patientperspektiv	The purpose of this study was to illuminate the meaning of lived experiences during the acute phase of an acute myocardial infarction (AMI).	Ten women (< 60 years old) afflicted with AMI narrated their experiences during their stay in the coronary care unit (CCU). The interview texts were interpreted using a method with a phenomenological hermeneutic approach, inspired by the philosophy of Ricoeur. n=10	The reported comprehensive understanding revealed the phenomena guilt and shame. These, in combination with the experience of being in an unreal situation and the withholding of feelings may have led to a deterioration of communication. It seems that relatives and the staff at CCU were not allowed to share the burden of being afflicted with an AMI.
<p>Titel: It has certainly been good just to talk: An interpretative phenomenological analysis of coping with myocardial infarction</p> <p>Författare: Hogg, N., Garratt, V., Shaw, S., Tagney, J.</p> <p>Tidskrift: British Journal of Health Psychology</p> <p>Årtal: 2007</p>	Kvalitativt patientperspektiv	Few qualitative This study aimed to advance coping research by providing more detailed insight into middle-aged men's personal experiences of coping with MI and the meaning they ascribe to these experiences.	Semi-structured interviews were conducted with six men within 6 months of their first MI. Verbatim transcripts of these interviews were analyzed using IPA. n=6	Three super ordinate themes emerged, which are described under the headings of 'Difficulty in Reflecting', 'Needing to Talk' and 'Back to Normal'.

Fakta	Perspektiv	Problem och syfte	Metod (n= antal deltagare)	Resultat
<p>Titel: A qualitative study of men's experience of myocardial infarction</p> <p>Författare: Hutton, J., Perkins, S.</p> <p>Tidskrift: Psychology, Health & Medicine</p> <p>Årtal: 2008</p>	Kvalitativt patientperspektiv	<p>The majority of people experiencing myocardial infarction and attending cardiac rehabilitation are male and the outcome of rehabilitation is better for men. However, there is a lack of qualitative exploration of how men experience myocardial infarction and cardiac rehabilitation, which this study aims to address.</p>	<p>Semi-structured interviews covered the sequence of events around the MI, its impact on various aspects of life, ways of dealing with these experiences, and experiences of services.</p> <p>n=10</p>	<p>Five super ordinate themes emerged: 'Making sense of the event', 'Cognitive and emotional responses', 'Relationships with others', 'Coping strategies' and 'Experiences of health care'. Participants presented a fairly positive view of their current situation.</p>
<p>Titel: Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study</p> <p>Författare: Roebuck, A., Furze, G., Thompson, D.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2001</p>	Kvalitativt patientperspektiv	<p>The aim of this qualitative study was to explore and gain insights into the effects of myocardial infarction on health-related quality of life.</p>	<p>Semi-structured interviews were conducted based on a guide developed from a review of the literature pertaining to quality of life and expert opinion. Interviews were audiotape recorded and transcribed verbatim. Transcripts were subjected to latent and manifest content analysis and inter-rater reliability was confirmed by a researcher not involved with the interview process.</p> <p>n=31</p>	<p>Analysis of the data revealed seven major categories: physical activity/symptoms; insecurity; emotional reactions; dependency; lifestyle modification; concern over medication; and side-effects. Breathlessness, insecurity and feelings of overprotection were major problems, as was dissatisfaction with information and support.</p>

Fakta	Perspektiv	Problem och syfte	Metod (n= antal deltagare)	Resultat
<p>Titel: Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self</p> <p>Författare: Brink, E., Karlson, B.W., & Hallberg, L.R.-M.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2006</p>	Kvalitativt patientperspektiv	Somatic, psychological and social factors affect readjustment after a first-time myocardial infarction, and studies have demonstrated substantial rates of depression in patients after myocardial infarction. The purpose of the study was to explore self-regulation process in order to increase understanding of readjustment from a first-time myocardial infarction.	Twenty-one people (11 women, 10 men) were interviewed 5 months after a first-time myocardial infarction. The grounded theory method provided the strategies for data collection and analysis. n=21	Interviewees' definition of themselves as active was threatened by fatigue and other health problems that kept them from taking part in activities as they had done before the heart attack. Although reorienting the active self was central, the process of recovery from myocardial infarction, reorienting was restricted by illness perceptions and coping.
<p>Titel: Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study.</p> <p>Författare: Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliot, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonson, Y.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2000</p>	Kvalitativt patientperspektiv	Although myocardial infarction (MI) is a leading cause of death and disablement for women internationally, little is known about women's recovery. This paper describes an exploratory descriptive study that was informed by feminist principles, and which aimed to explore the recovery experiences of a group of women survivors of first-time MI in the initial period following discharge from hospital.	A total of 10 female survivors were interviewed using an open-ended semi-structured interview schedule administered at 7, 14 and 21 days post-hospital discharge. n=10	Findings revealed that recovery was experienced as a complex process, initially characterized by fear and uncertainty. Over the duration of the study these feelings were replaced with a more positive outlook, a return of energy, and a sense of confidence in the future. Participants identified an unmet need for reliable information which persisted over the duration of the study.

Fakta	Perspektiv	Problem och syfte	Metod (n= antal deltagare)	Resultat
<p>Titel: Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction.</p> <p>Författare: Svedlund, M., & Danielson, E.</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Kvalitativt patientperspektiv</p>	<p>The review of the literature showed that many people and their family members share feelings of distress after an acute myocardial infarction. The aim was to illuminate the meaning of lived experiences in daily life after an acute myocardial infarction, as narrated by afflicted women and their partners.</p>	<p>Nine women and their partners narrated their experiences three and 12 months after an infarction. The interview texts were then interpreted, using a phenomenological hermeneutic method, inspired by the philosophy of Ricoeur.</p> <p>n=18</p>	<p>The first theme was 'living in a changed life situation' with the sub-themes: 'showing consideration', 'taking responsibility', 'living side by side' and 'desiring what to do'. The second theme was 'looking to the future' with the sub-themes: 'feeling uncertain', 'feeling powerless', 'feeling limited' and 'feeling hope'.</p>