

Mimmi Blom, Marika Lindmark

Samordnat sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogram inom vård av äldre,
240 hp. Ersta Sköndal Högskola.

Vetenskaplig metod och examensarbete 20 hp, VÄ 62, 2010.

Grundnivå

Handledare: Anna Löfmark och Jonas Sandberg

Examinator: Görel Hansebo

“I had no time to die. I had things to do, and I wasn’t ready.”

Hur äldre kvinnor upplever och hanterar en hjärtinfarkt- en litteraturstudie

**How elderly women experience and manage a myocardial infarction- a
literature review.**

Innehåll

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Hjärtinfarkt	1
2.2	Äldre med hjärtinfarkt	2
2.3	Kvinnors och mäns symtom vid hjärtinfarkt	2
2.4	Åldrande och sjukdom	3
2.5	Coping	3
2.6	Äldre och coping	4
2.7	Sjuksköterskans kunskapsbehov	4
3	Problemformulering	5
4	Syfte	5
5	Teoretiskt perspektiv	5
5.1	Den salutogenetiska modellen	6
5.2	Känsla av sammanhang- KASAM	6
6	Metod.....	7
6.1	Datainsamling	7
6.2	Urval.....	7
6.3	Bearbetning och analys	8
6.4	Etiska överväganden	8
7	Resultat	9
7.1	Upplevelsen av förändringar	9
7.2	Tolkning av förändringar	11
7.3	Tron på att kunna hantera situationen själv	12
7.4	Förlust av kontroll	13
7.5	Förnekelse av hjälpbehov.....	13
7.6	Annan upplevelse än förväntad.....	15
8	Diskussion	16
8.1	Resultatdiskussion.....	16
8.2	Metoddiskussion	20

8.3	Slutdiskussion	21
9	Referensförteckning.....	22
10	Bilaga 1.....	25
11	Bilaga 2.....	26

Sammanfattning/abstract

Bakgrund: Risken att få en hjärtinfarkt ökar med åldern, och ålder och kön är avgörande faktorer för hjärtinfarktens symtombild. När äldre kvinnor upplever tecken på en hjärtinfarkt kan de relatera dessa till naturliga ålderskrämpor och dröjer därmed med att söka vård. Äldre kvinnor kan använda sig av copingstrategier i form av stöd från familj för att hantera situationen.

Syfte: Beskriva äldre kvinnors upplevelser och hantering av tecken på en hjärtinfarkt.

Metod: En litteraturstudie bestående av tio kvalitativa artiklar. Inklusionskriterierna för artiklarna var kvalitativa studier av äldre kvinnor med hjärtinfarkt. Genom en innehållsanalys valdes bärande aspekter ut vilka sammanfogades och resulterade i sex olika teman.

Resultat: De sex teman som framkom var: *Upplevelsen av förändringar, tolkning av förändringar, tron på att kunna hantera situationen själv, förlust av kontroll, förnekelse av hjälpbehov och annan upplevelse än förväntad.* Under dessa teman beskrivs hur äldre kvinnor upplever förändringarna och hur de hanterar dem.

Diskussion: Enligt Antonovskys teoretiska modell KASAM uppvisar äldre kvinnor en hög grad av begriplighet då de försöker strukturera sina symtom utifrån olika förklaringar. Äldre kvinnor uppvisar hög grad av hanterbarhet då de med hjälp av inre och yttre resurser försöker hantera sin situation. När situationen förvärras minskar den äldre kvinnans begriplighet vilket skapar rädsla och osäkerhet. Den äldre kvinnan uppvisar en hög grad av meningsfullhet och är rädd för att inte överleva.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, kvinnor, äldre, upplevelser, hantering, vårdsökande.

Keywords: Myocardial infarction, women, aged, experiences, managing, seeking care.

1 Inledning

Vi har valt att skriva om äldre kvinnors upplevelser och hantering av tecken på en hjärtinfarkt. Med äldre kvinnor menar vi kvinnor som är 65 år eller äldre, och i följande studie benämns samtliga äldre kvinnor utan närmare åldersdefinition.

Upplevelser och hantering av en hjärtinfarkt är individuell och kan variera mellan kön och åldersgrupper. Den äldre personen som upplever naturliga ålderskrämpor och som ofta är multisjuk kan ha svårt att uppfatta och skilja på yttringar av plötslig sjukdom. Vi tror att detta har en betydelse för hur den äldre kvinnan resonerar när tecken på en hjärtinfarkt uppstår. Vetskapen om den äldre kvinnans upplevelser och hantering är också av stor betydelse för sjuksköterskan i mötet med denna patientgrupp.

Därför tycker vi att det är viktigt att ta reda på hur den äldre kvinnan upplever och hanterar hjärtinfarkten och hur hon resonerar inför hjälpsökandet.

2 Bakgrund

2.1 Hjärtinfarkt

I Sverige är hjärtinfarkt den vanligaste dödsorsaken och utgör 19 % av alla kvinnliga dödsfall (Ericson & Ericson, 2008). Hjärtinfarkt kan orsakas av en ruptur av det aterosklerotiska kranskärllets endotelceller. En trombos bildas vilken helt eller delvis täpper till blodflödet i kranskärllet och leder till myokardischemi. Detta innebär att blodtillförseln i kranskärlen är otillräcklig för att täcka myokardiets syrebehov (Ericson & Ericson, 2008).

Hjärtinfarkt kan orsakas av faktorer som inte går att påverka av den enskilda individen, såsom hög ålder, arvsanlag för hjärt- och kärlsjukdom, att vara av manligt kön samt tidig menopaus. Andra riskfaktorer vilka individen själv kan påverka genom livsstilsförändringar är: rökning, hypertoni, fysisk inaktivitet och övervikt, diabetes, alkoholmissbruk samt stress (Ericson & Ericson, 2008; Simonsen, Aarbakke & Hasselström, 2004).

De primära typiska symtomen på hjärtinfarkt är en plötslig sensation av tryck, smärta eller obehag från bröstkorgen som inte försvinner vid vila. Smärtan eller obehaget kan variera i styrka och intensitet och sprida sig mot vänster arm eller båda armarna, samt ut i hals, käkben,

nacke och ut mellan skulderbladen. Förutom smärta kan även andra mer atypiska symtom uppträda i form av: ångest, oro, illamående, kallsvettighet, andfåddhet och svaghetskänsla. Dessa atypiska symtom är särskilt vanliga hos kvinnor. Hos äldre uppträder även cerebrala symtom i form av förvirring till följd av cirkulationssvikt (Ericson & Ericson, 2008).

2.2 Äldre med hjärtinfarkt

Hos personer över 65 år är den årliga incidensen av hjärtinfarkt beräknad till 15-20 per 1000 personer i Sverige (Bondevik, Nygaard & Steensaeth, 2004). Risken att drabbas av en hjärtinfarkt ökar med stigande ålder och mellan 70 - 80 års ålder är risken som störst (Saks, Kolk, Soots, Takker & Vask, 2003).

Olika åldersgrupper kan uppvisa olika symtombilder, och mer än 70 % av svenska äldre patienter med hjärtinfarkt upplever inte typiska symtom (Hall, MacLennan & Lye, 1997). Exempelvis uppvisar personer över 80 år i större utsträckning frånvaro av smärta från bröstkorgen (Yang, Willems, Pardaens & De Geest, 1987). Patienter utan smärta från bröstkorgen tenderar att anlända senare till sjukhus efter begynnande hjärtinfarktssymtom och dör i större utsträckning än patienter med bröstsmärtor (Canto et al, 2000; Dorsch et al., 2001). Atypiska symtom som andfåddhet, trötthet, falltendens och desorientering är vanligare hos äldre (Woon & Lim, 2003; Hall, MacLennan & Lye, 1997).

2.3 Kvinnors och mäns symtom vid hjärtinfarkt

Kvinnor är oftast äldre än män när de får en hjärtinfarkt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2003). Dödligheten efter en hjärtinfarkt är högre bland kvinnor och ökar med åldern hos båda könen (Chandra et al., 1998).

Kvinnors och mäns symtom vid hjärtinfarkt yttrar sig på olika sätt. Kvinnor i alla åldrar upplever fler atypiska symtom som illamående, palpitationer, dyspné, svimning, smärta mellan skulderbladen, käke, hals och rygg (Lovlien, Schei & Hole, 2006). Män upplever ofta typiska symtom i form av smärta i bröstkorgen som strålar ut i arm, hals och käke (Ericson & Ericson, 2008).

Forskning på symtom vid hjärtinfarkt baserar sig mestadels på vita medelålders män med fokus på typiska symtom som bröstsmärta (Albarran, Clarke, Crawford, 2007). Detta är problematiskt då flera studier visar att ökad ålder samt kvinnligt kön har ett samband med

reducerad frekvens av smärta från bröstkorgen vid en hjärtinfarkt (Canto et al, 2000; Dorsch et al., 2001; Goldstein, Boccuzzi & Cruess, 1995).

2.4 Åldrande och sjukdom

Att åldras ger naturliga följder i form av ökad trötthet, smärta, kognitiv nedsättning och förlorad muskelstyrka vilket påverkar den äldre personens dagliga liv (Hambleton, Keeling & McKenzie, 2008). Äldre personer som anser sig ha en god hälsa har en mer positiv attityd till sitt åldrande än de som upplever sig ha en dålig hälsa (Ron, 2007).

Upplevelsen av det naturliga åldrandet i kombination med samtida sjukdomar kan ha ett samband med hur äldre personer upplever att få en plötslig sjukdom. När tecken på plötslig sjukdom uppstår finns en risk att den äldre personen relaterar dem till naturliga ålderskrämpor och tar därmed inte förändringarna på allvar. En annan reaktion som äldre personer kan uppvisa vid plötsliga symtom på sjukdom är oro, ångest och funderingar. När äldre kvinnor upplever överraskande tecken på sjukdom, kan de uppleva rädsla över att symtomen representerar någonting allvarligt (Husser & Roberto, 2009). När symtom förändras eller ökar i intensitet kan äldre kvinnor bli oroliga och funderar då på om de borde konsultera familjemedlemmar eller sjukhus för att få råd kring hur de ska agera (Rogersa et al, 2002).

2.5 Coping

Coping, bemästringsförmåga, är ett begrepp som beskriver hur en individ klarar av olika psykologiskt stressande situationer i livet. Coping omfattar allt en individ tar sig an för att hantera yttre och inre krav som uppkommer vid en påfrestande situation. Begreppet innefattar både individens tolkning och hantering av situationen (Brattberg, 2008).

En individ har inneboende förmågor för att bemästra krissituationer, förmågorna är miljöbetingade och en individs copingförmågor grundläggs främst i barndomen. Under uppväxten, och även senare i livet, har individen skaffat sig verktyg för att kunna hantera olika situationer. Det som avgör huruvida en individ klarar av en stressfylld situation beror på vilka förmågor denne besitter och hur och när dessa används (Brattberg, 2008)

Copingresurser, som formar individens förmåga att hantera situationer, delas vanligtvis in i yttre och inre resurser. Inre resurser är personlighetsfaktorer som självkänsla, självtillit, känsla av sammanhang, förmåga att se hopp, problemlösningsförmåga och förmåga att hantera relationer. Yttre resurser är socialt nätverk, ekonomi, levnadsstandard och tillgång till tid.

En individs copingförmåga sätts på prov först när denne utsätts för psykologisk stress, exempelvis vid plötslig sjukdom. Den individ som saknar resurser att hantera situationen kan utveckla ett mer komplext sjukdomstillstånd som blir svårare att leva med och svårare att ta sig ur.

Det finns flera copingstrategier som en individ kan använda sig av vid olika situationer i livet. Copingstrategier kan delas upp i tre delar: problemfokuserad, känslfokuserad och undvikandefokuserad coping (Brattberg, 2008).

Att diskutera coping i samband med hjärtinfarkt är relevant då det kan ge en ökad förståelse för hur individer resonerar kring och hanterar en hjärtinfarkt. Flera studier har använt sig av ett copingperspektiv för att beskriva hur kvinnor i alla åldrar resonerar kring och hanterar en hjärtinfarkt (White, Hunter & Holttum, 2007; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2003).

2.6 Äldre och coping

Äldre personer har uppgett att förlust av den egna fysiska hälsan är en mycket stressfylld situation (Manfredi & Picket, 1987). För att hantera en sådan situation använder de sig av både känsl- och problemfokuserade copingstrategier. Känslfokuserade copingstrategier, som var den mest frekvent använda, bestod av att be, påminna sig själv att saker och ting kunde vara värre och att försöka bibehålla sin stolthet. Exempel på problemfokuserade copingstrategier var att återgå till annan aktivitet, koppla bort känslorna av den upplevda situationen och att analysera problemet.

Att de äldre personerna använde sig av olika copingstrategier kunde tyda på att de hade en god flexibel förmåga gällande coping. Detta kan visa på att äldre personer har förmågan att välja ut strategier beroende på hur den stressfyllda situationen ser ut (Manfredi & Picket, 1987).

2.7 Sjuksköterskans kunskapsbehov

I mötet mellan sjuksköterskor och äldre personer med hjärtinfarkt, på exempelvis vårdcentral och ålderdomshem, är det viktigt för sjuksköterskor att ha i åtanke att atypiska symtom är mycket vanligt hos äldre personer över 85 år (Bayer, Chadha, Farag & Pathy, 1986). Äldre personer som söker vård för hjärtinfarkt i ett sent skede har troligtvis inte förstått vad symtomen representerar. Det är därför viktigt att sjuksköterskan identifierar både typiska och

atypiska tecken och symtom på hjärtinfarkt för att sätta in nödvändiga åtgärder (Canto et al, 2000). Många äldre patienter uppvisar dessutom akut konfusion i samband med hjärtinfarkt, något som ytterligare försvårar sjuksköterskans och övrig vårdpersonals bedömning av patienten (Day, Bayer, Pathy & Chadha, 1987).

Den äldre personens copingstrategier påverkar hjälpsökandet. Därför är sjuksköterskors medvetenhet om copingstrategier viktig och bör användas för att stötta äldre personers upplevelse och hantering av stressfyllda situationer (Manfredi & Picket, 1987).

3 Problemformulering

Hjärtinfarkt utgör 19 % av alla kvinnliga dödsfall i Sverige, och dödligheten efter en hjärtinfarkt är högre bland kvinnor än bland män. Detta kan bero på att kvinnan är äldre än mannen när hon får en hjärtinfarkt. Den äldre kvinnan upplever i större utsträckning atypiska symtom vilket kan medföra att den äldre kvinnan inte inser när det är dags att söka hjälp. En äldre kvinna som upplever tecken på hjärtinfarkt kan relatera dessa till krämpor som tillhör det naturliga åldrandet och förstår därför inte att hon är sjuk. Sammantaget leder detta till att den äldre kvinnan söker vård i ett sent skede vilket innebär en allvarlig risk för kvinnans hälsa och liv. Det saknas kunskap om hur den äldre kvinnan upplever och reagerar på tecken av en hjärtinfarkt. Ökad medvetenhet hos både sjuksköterskor och äldre kvinnor kan bidra till ett tidigare hjälpsökande och en ökad handlingsberedskap.

4 Syfte

Syftet är att beskriva äldre kvinnors upplevelser och hantering av tecken på en hjärtinfarkt.

5 Teoretiskt perspektiv

Den framlidne Aaron Antonovsky var verksam som professor i medicinsk sociologi i Israel fram till sin död år 1994. Han studerade hälsa och sjukdom i olika samhällsklasser och myntade år 1979 den salutogenetiska modellen samt begreppet känsla av sammanhang - KASAM. I sin forskning ställde sig Antonovsky frågor kring hälsobringande faktorerens ursprung och vad det är som gör människor friska och förblir friska.

5.1 Den salutogenetiska modellen

Ordet salutogenetisk betyder hälsofrämjande och den salutogenetiska modellen fokuserar på hälsofrämjande faktorer hos en individ. Modellen skall leda till en djupare kunskap och förståelse om människans liv vilket är en förutsättning för att främja hälsa.

Antonovsky (1991) nämner att hälsa och ohälsa bör ses som två motpoler i ett kontinuum. Detta är ett rörligt begrepp där människans hälsa är föränderlig och där ett sammanhang mellan hälsa och ohälsa föreligger. Faktorer som befrämjar hälsa och rörelse mot den friska polen på kontinuet skall uppmärksammas. Detta görs bland annat genom att copingresurser, det vill säga förmågan att hantera svårigheter och utmaningar, lyfts fram.

Antonovsky definierar coping som en förmåga att hantera stressfyllda situationer. Individens känsla av sammanhang, det vill säga copingförmåga, är avgörande för hur individen upplever hälsa.

5.2 Känsla av sammanhang- KASAM

För att upprätthålla kontinuet hälsa - ohälsa och rörelse mot den friska polen är det viktigt att uppmärksamma känslan av sammanhang. Detta är ett kognitivt begrepp som består av tre komponenter som Antonovsky (1991) kallar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Graden av känsla av sammanhang kan bedömas hos en individ, där en hög känsla av sammanhang representerar en stark förmåga att hantera svårigheter och utmaningar, det vill säga en stark copingförmåga.

Begreppet *begriplighet* beskriver hur en person upplever inre och yttre stimuli som information vilken är ordnad, sammanhängande och strukturerad eller kaotisk, oordnad och oförklarlig. En hög känsla av begriplighet har en individ som ser framtida stimuli som förutsägbara samt att överraskande stimuli kan ordnas och förklaras.

Hanterbarhet beskriver i vilken grad en person upplever tillgång till resurser för att bemöta stimuli och de krav dessa skapar. Resurser kan definieras som egna förhållningssätt samt personer i omgivningen. En hög känsla av hanterbarhet innebär att en individ ser svåra händelser som en naturlig del av livet samt att dessa går att ta sig ur.

Meningsfullhet beskriver individens emotionella motivation och engagemang inför utmaningar i livet. En hög känsla av meningsfullhet innebär att en individ upplever många

faktorer i livet som är värda att leva för, samt att individen vid konfrontation av svåra situationer gör sitt bästa för att lösa dem.

6 Metod

6.1 Datainsamling

De litteraturdatabaser som använts för sökningen är Academic Search Premier och Pubmed. På Academic Search Premier förvaldes vetenskapligt granskade artiklar. Många av de artiklar vi fann via sökorden kunde inte läsas i fulltext på databaserna och dessa artiklar tillhandahölls i stället av biblioteket på Ersta Sköndals Högskola. Angående artikel nummer 6 i matrisen återfanns denna som referens i en artikel och denna gick inte att hitta på databaser via sökord. Denna artikel tillhandahölls då av biblioteket.

Litteratursökningen utfördes utifrån sökorden; *Cardiac, infarction, myocardial, women, female, experiencing, nursing, prodromal, gender, symptoms, aged, vulnerability, care, perception* och *qualitative*. Dessa sökord användes i olika kombinationer. Flera svensk-engelska lexikon på Internet användes för att översätta och finna synonymer för de begrepp som användes vid sökningen.

6.2 Urval

Inklusionskriterierna för denna litteraturstudie bestod i huruvida artiklarna var vetenskapligt granskade, inriktade mot äldre kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt samt hade en kvalitativ ansats. Artiklarna skulle fokusera på tidsperioden från kvinnornas upplevelser av de första yttringarna av hjärtinfarkten och fram till den akuta fasen. Exklusionskriterierna omfattade artiklar med kvantitativ ansats samt review- artiklar. De review- artiklar vi fann innehöll dock intressanta referenser som då eftersöktes. Referenserna återfanns via en manuell sökning på olika databaser. Samma inklusionskriterier användes för dessa artiklar genom att vi läste igenom abstract innan de valdes ut.

Innan artiklarna lästes och skrevs ut i papperskopia lästes syfte och abstract igenom för att ta reda på huruvida de var relevanta för denna litteraturstudies syfte.

6.3 Bearbetning och analys

Metoden för denna uppsats utgörs av en litteraturstudie vilken syftar till att sammanställa publicerade resultat på ett strukturerat sätt (Friberg, 2006).

Författarna valde att använda sig av en innehållsanalys för att forma sitt resultat. Till en början genomfördes en schematisk översikt, det vill säga att de valda artiklarnas resultat lästes igenom och varje studies resultat sammanställdes i ett Worddokument. Därefter sönderdelades resultaten till bärande aspekter, det vill säga meningsbärande enheter, som hade relevans för denna studies syfte. De bärande aspekterna i studiernas resultat kodades. Ur kodningen framkom det kategorier, och teman identifierades. De teman som framkom utgör denna litteraturstudies resultat. De sex teman som framkom var: *Upplevelsen av förändringar, tolkning av förändringar, tron på att kunna hantera situationen själv, förlust av kontroll, förnekelse av hjälpbehov och annan upplevelse än förväntad.*

6.4 Etiska överväganden

Forskningsetiska problem är något som bör uppmärksammas under en litteraturgenomgång, och med respekt för artikelförfattarna krävs det att deras resultat används på rätt sätt.

Att undvika förfalskning, frisering och fabricering är av största vikt vid en litteraturgenomgång. Förfalskning och frisering handlar om att förkasta data som författarna inte vill ha med i resultatet. Under en litteraturgenomgång kan det handla om att utelämna andra forskares data. Genom att ha en förförståelse eller en hypotes om sitt ämne är det lätt hänt att en författare vill förkasta resultat från en annan forskare då det inte går i linje med förförståelsen och det resultat författaren vill presentera.

Fabricering handlar om att uppfinna eller lägga till data i resultatet som det inte finns underlag för. Under en litteraturstudie kan författarna önska få fram ett resultat som bekräftar en hypotes vilket gör att de blir frestade att lägga till data.

Ett annat etiskt problem som bör reflekteras över är förekomst av plagiat vid referat av texter. Plagiat kan handla om stöld av texter, bilder och metoder som forskaren utger sig vara upphovs man till. I en litteraturstudie kan detta förekomma exempelvis i diskussionsavsnittet där egna tolkningar och iakttagelser lyfts fram. Det kan vara problematiskt att upptäcka plagiat då en forskare faktiskt kan ha tänkt ut samma idé som någon annan eller om författaren inbillar sig att han eller hon faktiskt har kommit på något nytt då det egentligen var någon annan som stod som upphovsman (Forsman, 2002).

Författarna av denna litteraturstudie har tagit hänsyn till de forskningsetiska aspekterna gällande litteraturgenomgång. Av de artiklar som använts i resultatet framgår att fem är granskade av en etisk kommitté. I de andra fem artiklarna framgår det inte, men författarna utgår i denna studie från att samtliga studier är gjorda under etiskt goda förhållanden.

7 Resultat

Innehållsanalysen resulterade i sex olika teman: *Upplevelsen av förändringar, tolkning av förändringar, tron på att kunna hantera situationen själv, förlust av kontroll, förnekelse av hjälpbehov och annan upplevelse än förväntad*. Temana har ordnats i kronologisk ordning med start från att kvinnorna upplever de första förändringarna. Författarna har tagit med citat under varje tema för att på så sätt validera det som beskrivs.

7.1 Upplevelsen av förändringar

Kvinnor kunde uppleva flera olika prodromalsymtom några veckor eller timmar innan sin hjärtinfarkt i form av diffusa och smygande upplevelser av trötthet, andfåddhet, matsmältningsproblem samt obehag eller värk i olika kroppsdelar (Albarran, Clarke, Crawford, 2007).

Akuta symtom som kvinnor kunde uppleva var plötslig trötthet, svaghet i kroppen, andningssvårigheter, obehag eller smärta i bröstorg och andra kroppsdelar samt matsmältningsproblem (Zuzelo, 2002; Dempsey, Dracup, Moser, 1995; McSweeney, Cody & Crane, 2001).

När kvinnor insjuknade i hjärtinfarkt blev de medvetna om en plötslig och oväntad förändring i sina kroppar. Kvinnorna försökte då självdiagnosticera sina besvär och identifiera varifrån symtomen kom och varför de uppstått (Sutherland & Jensen, 2000).

“This is weird. I feel very peculiar, something is terribly wrong.” (Sutherland & Jensen, 2000, s. 667)

Kvinnor kunde uppleva trötthet i flera dagar eller veckor innan hjärtinfarkten och detta visade sig även i form av ökat sömnbehov och fysisk svaghet (McSweeney, Cody & Crane, 2001; Zuzelo, 2002). Kvinnor beskrev att de samtidigt upplevde sömnsvårigheter vilket förvärrade

tröttheten och resulterade i minskad motivation (Zuzelo, 2002; Albarran, Clarke, Crawford, 2007). En del kvinnor beskrev att känslan av svaghet var överväldigande och att de var tvungna att sätta eller lägga sig ned under vardagliga aktiviteter (Zuzelo, 2002). Tröttheten kunde vara så påtaglig att även familjemedlemmar och vänner till kvinnorna noterade förändringen (McSweeney & Crane, 2000). En äldre kvinna beskrev känslan av utmattning som:

"I haven't been feeling well for a while. I haven't felt like my self, very drained."
(Zuzelo, 2002, s. 130)

En 68-årig kvinna beskrev känslan av trötthet:

"I couldn't move. I was just so weak that he had to practically carry me to the car."
(Zuzelo, 2002, s. 130)

Andfåddhet var en upplevelse som kvinnor beskrev som extremt obehaglig. Några kvinnor uppgav att de var obenägna att ta djupa andetag och att formulera ord, samt hade svårigheter att fylla lungorna med tillräcklig mängd luft (Zuzelo, 2002). En äldre kvinna beskrev upplevelsen av andningssvårigheterna:

"No significant distress other than difficulty trying to talk which is distress enough in itself!" (Zuzelo, 2002, s.130)

Kvinnors upplevelse av matsmältningsbesvär kunde bestå av aptitförlust, illamående, uppkastningar och gaser (Zuzelo, 2002; Dempsey, Dracup, Moser, 1995; McSweeney, Cody & Crane, 2001). Kvinnor beskrev att upplevelsen av dessa symtom var plågsamma och obekväma (Zuzelo, 2002).

I den akuta fasen av hjärtinfarkten upplevde kvinnor obehag i bröstkorgen i form av smärta, tyngd eller tryck (Albarran, Clarke, Crawford, 2007; Dempsey, Dracup, Moser, 1995; Zuzelo, 2002). En äldre kvinna beskrev känslan som:

“It was painful in my chest and I was out of breath and I went on walking, it sort of got worse,...Terrific pain in my chest...It didn’t go anywhere else...It might have been through to the back a bit.” (Albarran, Clarke, Crawford, 2007, s.1296)

7.2 Tolkning av förändringar

När kvinnor upplevde tidiga symtom på hjärtinfarkt kunde de missuppfatta allvaret i situationen och skylla symtomen på åldrande, kroppsvikt, hormonbehandling, rökning, matsmältningsproblem eller brist på motion (Albarran, Clarke, Crawford, 2007). En 68- årig kvinna trodde att hennes besvär berodde på övervikt:

“I was walking along then...I got a bit breathless...and I thought it was because I’d to lose a bit of weight (...) but I never had a pain in my chest,...no indication there was something wrong.” (Albarran, Clarke, Crawford, 2007, s.1296)

När kvinnor upplevde symtom av olika slag tenderade de att finna rationella förklaringar till dem (Johansson, Swahn & Strömberg, 2007) En 65- årig kvinna beskrev hur hon förklarade sina matsmältningsbesvär:

“ ...The day I had the heart attack, we were doing nothing. I began to feel nauseated, like I had a virus...” (McSweeney, 1998, s. 78)

Kvinnor som upplevde olika sorters symtom från bröstkorgen kunde försöka bortförklara eller normalisera dem (Higginson, 2008). En 68- årig kvinna beskrev sin tolkning:

“It never entered my head to mention it because it wasn’t pain. I just thought that because I was getting older, I really did, and I thought I’m being silly telling the doctor that.” (Albarran, Clarke, Crawford, 2007, s.1297)

Kvinnor kunde även tolka sina symtom som tecken på en annan sjukdom (Higginson, 2008; Dempsey, Dracup & Moser, 1995; Zuzelo, 2002). De kvinnor som upplevde matsmältningsbesvär kunde exempelvis tro att de led av matförgiftning eller gallsjukdom (Zuzelo, 2002). Kvinnor som led av kroniska sjukdomar tenderade att koppla ihop

hjärtinfarktssymtomen med dessa sjukdomar. Kvinnorna kunde exempelvis tro att värk eller obehag i kroppen var tecken på en ledsjukdom (Albarran, Clarke & Crawford, 2007; Zuzelo, 2002). En 82-årig kvinna med artrit beskrev sin tolkning av bröstsmärtan som:

”...I was working in my house, and started getting a lot of pain in my chest, and I didn’t really think anything about it because I have arthritis so bad, a lot of times I do have pain. I thought, it’s a trivial thing.” (Dempsey, Dracup & Moser, 1995, s.449)

En del kvinnor väntade på att symtomen skulle försvinna innan de sökte hjälp (Arslanian-Engoren, 2005). En 70-årig kvinna med värk beskrev hur hon upplevde situationen:

“I thought I was having indigestion that night. And I didn’t take any over-the counter medicine. I had a little pains up in my arms and in my chest, but it wasn’t very bad. I went on to bed and still had it for a while but finally went to sleep...” (McSweeney, 1998, s.78)

När kvinnor kände av obehag från bröstkorgen upplevde de rädsla och förstod att någonting var fel. Många kvinnor förstod dock inte att symtomen tydde på en hjärtinfarkt då dessa upplevdes som alltför diffusa (Higginson, 2008). En 70-årig kvinna beskrev upplevelsen:

”(...)...I wasn’t in all that much in pain. It just was not that severe but it was just constant...(...)” (McSweeney, 1998, s.78)

7.3 Tron på att kunna hantera situationen själv

När kvinnor upplevde tidiga symtom på hjärtinfarkt försökte många självbehandla sina besvär innan de sökte vård (Zuzelo, 2002; Higginson, 2008; Dempsey, Dracup, Moser, 1995).

Kvinnorna beskrev att anledningen till detta var att de ville klara sig själva, inte trodde att symtomen var farliga eller att de ville upprätthålla kontroll över sin situation. En annan anledning var att kvinnorna inte ville störa någon med sina problem (Higginson, 2008).

Självbehandlingen kunde bestå av att använda läkemedel, ändra kroppsposition, distrahera sig samt inta kalla drycker (Dempsey, Dracup, Moser, 1995). Kvinnorna kunde även använda

sig av avslappning i form av vila eller sömn för att uppnå lindring av olika besvär (Zuzelo, 2002). En äldre kvinna beskrev hur hon försökte hantera sin situation:

"I was taking Maalox and things like that. I couldn't sleep. I felt I had trouble breathing and I thought I'd better get up. This was about 5 o'clock in the morning. I decided I would have a warm bath and it will make me feel better. And that's what I did. It didn't help but I felt better. I was walking around and I couldn't understand what was wrong with me. I was annoyed at myself more than anything else." (Sutherland & Jensen, 2000, s. 667)

7.4 Förlust av kontroll

Kvinnor kunde uppleva situationen som hotfull när de inte mårde bättre efter självbehandling och när symtomen ökade i intensitet (Dempsey, Dracup, Moser, 1995). De blev då frustrerade över sin oförmåga att kontrollera situationen (Sutherland & Jensen, 2000). Kvinnorna kunde då uppleva ångest vilket ledde till att deras känsla av kontroll brast och rädslan tog över. En del kvinnor rapporterade att de då började överväga att symtomen var allvarliga (Dempsey, Dracup, Moser, 1995).

Under den akuta fasen av hjärtinfarkten kunde kvinnor uppleva rädsla, oro, upprördhet samt en känsla av att vara utan kontroll. En del uppgav sig vara rädda för att dö och att inte kunna överleva sin hjärtinfarkt (Zuzelo, 2002). Kvinnor beskrev att de var rädda för att de inte skulle få träffa sina barn igen. En äldre kvinna beskrev rädslan som:

"I had no time to die. I had things to do, and I wasn't ready." (Zuzelo, 2002, s. 130)

7.5 Förnekelse av hjälpbehov

Kvinnor tenderade att dröja med att söka hjälp. En av anledningarna till detta var att de förnekade sina upplevelser inte ville störa eller oroa någon eller vara besvärliga (Dempsey, Dracup & Moser, 1995; Johansson, Swahn, Strömberg, 2007). En annan anledning kunde vara att vänner och familjemedlemmar till kvinnorna fördröjde kvinnornas hjälpsökande. En äldre kvinna fick höra:

"You don't look too serious", "Don't worry." (Zuzelo, 2002, s. 131)

En del kvinnor bad sällan sin omgivning om råd angående hur de skulle hantera och förstå sina symtom. Detta kunde ses som ett sätt att skydda sina anhöriga (Sutherland & Jensen, 2000). Några kvinnor förnekade sina upplevelser och prioriterade familjens behov och tog hand om sina makar och hushållet innan de sökte vård. Kvinnorna upplevde att de inte kunde överlåta sysslorna till någon annan (Zuzelo, 2002; Johansson, Swahn, Strömberg, 2007). En 69- årig kvinna beskrev:

"We had just had a little grandchild and everyone was like happy and naturally they wanted to show us the baby and then I didn't want to put a damper on that happiness. I didn't have time to think really clearly... You don't want to spoil anything, and with this little child and to phone and say that mum is ill."(Johansson, Swahn, Strömberg, 2007, s. 189).

En del kvinnor förnekade inte sina upplevelser utan förstod snabbt att de behövde hjälp (Zuzelo, 2002). Den tid kvinnor väntade på att söka hjälp speglade hur lång tid det tog för dem att uppfatta att situationen var allvarlig (McSweeney, 1998). En äldre kvinna beskrev sina tankar:

"I didn't have any thought's at all – just to get help!" (Zuzelo, 2002, s. 131)

När kvinnorna misslyckades med att förstå vad symtomen representerade, sökte de i första hand hjälp från nära familjemedlemmar som makar eller döttrar (Sutherland & Jensen, 2000). Det var även familjemedlemmar och vänner som uppmanade kvinnor att åka till sjukhuset eller ringa en läkare. Familjemedlemmars reaktioner har visat sig vara viktiga och påverkar kvinnors handlingar (Zuzelo, 2002; Arslanian- Engoren, 2005; Dempsey, Dracup, Moser, 1995). En 70- årig kvinna beskrev vad som fick henne att förstå allvaret i situationen:

"A friend called and told me to call the doctor as this could be dangerous."
(McSweeney, 1998, s.78)

7.6 Annan upplevelse än förväntad

Kvinnor uppgav att deras förutfattade meningar om hur en hjärtinfarkt skulle se ut krockade med den verkliga upplevelsen när de fick sin hjärtinfarkt (Arslanian- Engoren, 2005). Alla kvinnor i en studie uppgav att deras hjärtinfarkt var:

"Different than expected" (Arslanian- Engoren, 2005, s. 63)

Flera kvinnor hade en uppfattning om att en hjärtinfarkt skulle visa symtom som smärta som kröp upp längst armar och rygg, tryck över bröstet samt svettningar. De förväntade sig mycket smärta (Arslanian- Engoren, 2005). Exempelvis har flera kvinnor beskrivit hur de trodde att en hjärtinfarkt skulle yttra sig;

"Dramatic and excruciating pain that would come and stay and would extend to their arms and chest." (Arslanian- Engoren, 2005, s.63)

En 65 årig kvinna som upplevde obehag som en blockering i bröstkorgen var säker på att känslan inte kom från hjärtat:

"I don't know why but I thought that a heart attack, you would have palpitations or something like that but this pain was just straight down my middle... It didn't seem the right sort of pain for that somehow." (Albarran, Clarke, Crawford, 2007, s.1297)

Kvinnor uppgav att de inte visste eller var osäkra på huruvida hjärtsjukdomar var lika allvarliga för kvinnor som för män (Dempsey, Dracup & Moser, 1995). Många kvinnor trodde att de på grund av sitt kön var skyddade från att få en hjärtinfarkt och såg inte sig själva i riskzonen (Higginson, 2008). Kvinnorna uppgav att den kunskap de hade om hjärtinfarkt kom från medier som tidningar och tv, filmer och från familjemedlemmar som genomgått en hjärtinfarkt (Arslanian- Engoren, 2005).

8 Diskussion

8.1 Resultatdiskussion

Ur innehållsanalysen framkom sex olika teman: *Upplevelsen av förändringar, tolkning av förändringar, tron på att kunna hantera situationen själv, förlust av kontroll, förnekelse av hjälpbehov och annan upplevelse än förväntad*. Dessa teman behandlar antingen upplevelser eller hantering av en hjärtinfarkt. Vi har i resultatet valt att strukturera dessa teman i en kronologisk ordning. Det börjar med när kvinnorna först upplever en förändring och fram till att de bestämmer sig för att söka hjälp och avslutas med kvinnornas förutfattade meningar om hjärtinfarkt. Således är beskrivningarna av upplevelser och hantering blandade i resultatet.

Ur de teman vi fann visar det sig att äldre kvinnor över 65 år som drabbas av hjärtinfarkt reagerar på olika sätt och uppvisar olika känslor. Det kan handla om ångest, rädsla, förvirring eller oro. Äldre kvinnor förnekar betydelsen av symtomen och kopplar ihop upplevelserna med andra sjukdomar, åldrande, övervikt eller livsstil. Kvinnor dröjer med att söka hjälp för de besvär de upplever då de vill undvika att besvära sin familj och först försöker självbehandla sina besvär. När kvinnor inte lyckas hantera sin situation upplever de frustration samt förlust av kontroll vilket leder till att de söker stöd hos familj vilka uppmuntrar kvinnorna att söka vård.

I resultatet framkommer att äldre kvinnor tenderar att skjuta upp hjälpsökandet. Att söka vård i ett sent skede vid en hjärtinfarkt kan innebära stora risker för den äldre kvinnans hälsa. Behandling vid hjärtinfarkt måste ges inom en begränsad tidsrymd för att uppnå ett effektivt resultat. Ett försenat hjälpsökande har ett starkt samband med ökad dödlighet och funktionsnedsättning av kroppens vitala delar (Lefler & Bondy, 2004). Det blir mer komplicerat då hjärtinfarkt kan yttra sig olika hos äldre, yngre, kvinnor och män vilket försvårar för vårdpersonalen vid bedömning av patientens tillstånd.

En möjlig orsak till den äldre kvinnans sena hjälpsökande kan vara att kvinnor ofta är äldre än män när de får en hjärtinfarkt, vilket gör det troligt att kvinnan är änka eller lever ensam när hon får sin hjärtinfarkt. Att insjukna i en akut sjukdom i ensamhet kan bidra till att kvinnan

tvekar till att ringa efter hjälp då hon saknar stöd och uppmuntran från exempelvis en partner (Alonzo, 1986).

En annan orsak till att kvinnan dröjer med att söka hjälp är att hon försöker återta kontrollen över situationen genom självbehandling. När hälsan sviktar är det inte alltid möjligt att återta kontrollen, men situationen kan ändå upplevas som hanterbar. Att själv kunna hantera problemet, genom coping, kan skapa en känsla av lindring hos individen (Aldwin, 1991).

Sjuksköterskans uppgift inom primärvården är att identifiera patienter med risk för hjärtinfarkt, samt att informera dessa kring hur en hjärtinfarkt kan yttra sig i avseende på ålder och kön samt om vikten av att söka vård i tid. Att äldre kvinnor söker vård för sent för hjärtinfarkt kan visa på att sjukvårdspersonal tenderar att misslyckas med att uppmärksamma dessa personer (Lefler & Bondy, 2004).

Tidsaspekten är en viktig faktor i sjuksköterskans arbete med patienter med hjärtinfarkt då dessa patienter har behov av att reflektera kring den svåra situation de upplevt. I sjuksköterskans samtal med patienten är det viktigt att fokusera på patientens tillgång till copingstrategier som kan bidra till att patienten upplever att situationen blir hanterbar.

För att sjuksköterskan skall kunna undervisa patienter med ett givande resultat samt uppnå en god kommunikation är det viktigt att hon har vetskap om att upplevelserna av en hjärtinfarkt är individuella. Att anpassa samtalet till olika personer och deras upplevelser är vid stor vikt för att få ett optimalt stöd. Omgivningens stöd, däribland sjuksköterskan, är viktigt för patienters upplevelser av stressorer och hantering av hjärtinfarkten (Keeling et al, 1996).

Antonovsky (1991) tar upp begreppet *begriplighet*, som beskrivs kortfattat under rubriken teoretiskt perspektiv. I relation till upplevelsen av plötslig sjukdom kan begreppet begriplighet beskriva individens förmåga att tolka plötsliga händelser som någonting som går att ordna och förklara eller som någonting oförklarligt. I händelse av akut sjukdom kan en individ med hög begriplighet uppleva att denna kris är begriplig och att det i slutändan kommer att ordna sig. En låg begriplighet innebär att individen ser på krissituationen med mer pessimistiska ögon, och har svårt att förklara och ordna händelserna.

I resultatet framgår att kvinnor kunde misstolka sina symtom och relatera och förklara dem utifrån olika förklaringar som ålderdom, livsstil och eller andra sjukdomar. I enlighet med Antonovskys begrepp begriplighet tenderade kvinnorna att försöka förstå de yttre stimuli symtomen utgjorde i ett försök att ordna och förklara dem. Trots att kvinnor inte förstod orsaken till symtomen tenderade de att uppvisa en hög grad av begriplighet då de försökte strukturera sina symtom utefter andra förklaringar.

När symtomen ökade i intensitet tenderade kvinnorna att uppleva ångest, rädsla samt en känsla av bristande kontroll. Detta kan visa på att kvinnornas förmåga att ordna och förklara inre och yttre stimuli inte längre fungerade utan stimuli upplevdes som kaotiska och oförklarliga. Begripligheten för dessa kvinnor minskade och detta kan visa på att känslan av begriplighet inte behöver vara konstant för en individ. Situationen förändrades så att kvinnorna handskades med de stimuli de upplevde på ett mer obegripligt sätt.

Några kvinnor som upplevde smärta från bröstkorgen kunde inte hitta någon förklaring till vad som orsakat stimulit. De hade svårt att ordna och förklara händelserna och upplevde rädsla och osäkerhet, vilket därmed visar på en låg grad av begriplighet.

Antonovskys begrepp *hanterbarhet* beskriver i vilken grad en person upplever tillgång till resurser för att bemöta stimuli och de krav dessa skapar. Resurser kan definieras som egna förhållningssätt samt personer i omgivningen. En hög känsla av hanterbarhet innebär att en människa ser svåra händelser som en naturlig del av livet samt att dessa går att ta sig ur. Individer med en låg hanterbarhet upplever att krisen är ohanterbar och känner sig som offer inför omständigheterna.

Enligt resultatet försökte många kvinnor självbehandla sina symtom, och detta kan tolkas som att kvinnorna upplevde att de hade tillgång till resurser för att bemöta de krav som situationen skapade. I enlighet med Antonovsky försöker individen handskas med nya erfarenheter och utmaningar i ett försök att göra händelser uthärdliga vilket visar på en hög grad av hanterbarhet. Kvinnorna försökte upprätthålla kontroll genom sin självbehandling och det visade på en hög grad av hanterbarhet.

Några få kvinnor förstod genast, vid uppkomst av de oförklarliga stimuli symtomen utgjorde, att de behövde hjälp. Detta kan visa på en hög grad av hanterbarhet då kvinnorna hade tillräckliga resurser för att möta de krav stimuli utgjorde. Enligt resultatet kunde dessa resurser bland annat utgöras av kvinnans anhöriga samt självkänedom. I vissa fall upplevde

kvinnor att de symtom de upplevde var tecken på en allvarlig sjukdom och bestämde sig då för att söka hjälp. Andra kvinnor som inte uppfattade allvaret i situationen uppmanades av omgivningen att söka vård då kvinnan uppvisade tydliga tecken på akut sjukdom.

Kvinnor med en låg grad av hanterbarhet upplevde, när självbehandlingen inte fungerade, att de inte hade förmågan att möta de krav som uppstod och sökte heller inte hjälp och stöd från andra i omgivningen.

I resultatet framkom att en del kvinnor inte förstod att symtomen berodde på en hjärtinfarkt på grund av otillräcklig kunskap om hur hjärtsjukdomar yttrar sig. Kunskap kan enligt Antonovsky ses som en resurs vilken står till individens förfogande och kan bidra till att kvinnor klarar av att fatta beslut om att söka hjälp. Kunskap om kvinnors symtom på hjärtinfarkt kan bidra till en ökad grad av hanterbarhet både hos kvinnan och hennes omgivning.

Antonovsky definierar begreppet *meningsfullhet* som en upplevelse av engagemang i livet. Individer med hög grad av meningsfullhet upplever att de har många faktorer i livet som är betydelsefulla för dem och som är värda engagemang och känslomässig investering. Vid en krissituation ser en individ med en hög grad av meningsfullhet att det är värt att lägga ner energi på att reda ut situationen. Individer med låg meningsfullhet tenderar snarare att se svåra händelser i livet som en krävande börda som inte är värd att lägga ner energi på.

I resultatet framkom att många kvinnor prioriterade sina dagliga rutiner och sin skyldighet som mor och fru innan de sökte medicinsk vård. I enlighet med Antonovskys begrepp meningsfullhet, som kan ses som en motivationskomponent, hade kvinnorna områden i livet som var viktiga och skapade känslomässigt engagemang. Antonovsky menar att en brist på meningsfullhet bidrar till att individens förmåga att hantera situationer försvagas. Resultatet visar i motsats till detta att kvinnornas höga grad av meningsfullhet skapar ett engagemang som hindrar henne från att hantera situationen på ett gynnsamt sätt. I resultatet uttryckte kvinnor även rädsla för att inte överleva sin hjärtinfarkt och att de inte var redo för att dö. Detta skulle kunna tyda på en hög grad av känslomässigt engagemang i livet.

I resultatet framkommer att flera kvinnor undvek att söka råd och hjälp från familjen eller professionella instanser, trots att de upplevde svåra symtom som skapade rädsla och osäkerhet. Då Antonovsky ser meningsfullhet som en motivationskomponent kan man tolka detta som att kvinnorna inte var motiverade nog för att kunna handskas med problemet.

8.2 Metoddiskussion

Innehållsanalysen var en användbar metod för att få fram relevant kunskap till vårt resultat. I och med att metoden var systematiskt upplagd underlättade det vårt arbete då vi exempelvis lätt kunde återgå till de sammanställda resultaten och artiklarnas huvudessens.

En svaghet i litteraturstudien var de inklusionskriterier vi använde oss av. Det uppstod svårigheter att finna artiklar som inkluderade äldre kvinnor, vilket ledde till att vi fick välja kvalitativa studier med både kvinnor och män över 65 år, eller studier gjorda på kvinnor i blandade åldrar. För att hitta bärande aspekter som vi kunde använda oss av blev vi tvungna att urskilja påståenden och citat som handlade om äldre kvinnor ur artiklarnas resultat.

Av de tio artiklar som använts i resultatet framgår det tydligt i fem av dem att de är granskade av en etisk kommitté. I de övriga fem artiklarna framgår inte detta, men vi har valt att utgå från att studierna är gjorda under goda etiska förhållanden.

Vi har valt att använda oss av Antonovskys syn på coping och hans begrepp känsla av sammanhang som teoretisk utgångspunkt. Antonovsky betonar vikten av att använda sig av olika copingförmågor vid hantering av situationer som innebär psykologisk stress. Anledningen till att vi valde Antonovskys teori framför en copingteori var för att han värderar sambandet mellan copingförmågor på ett unikt sätt, genom att väva in inre och yttre copingresurser i de tre begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Teorin passade väl då vi önskade att ge en ökad förståelse om äldre kvinnors förhållningssätt vid tecken på hjärtinfarkt.

Antonovskys modell KASAM är ett instrument för att ta reda på människors förutsättningar för att klara av olika livshändelser. KASAM baseras på den salutogenetiska modellen, som syftar till att ge ökad förståelse för relationen mellan stressfaktorer, coping och hälsa. Modellen är först och främst skapad som ett frågeformulär vars framåtsyftande mål är att mäta individers förmåga att hantera svåra situationer. Vi är medvetna om att Antonovskys teoretiska modell KASAM är ett kvantitativt mätinstrument som först och främst inte är utformat för att beskriva och tolka vad som händer i en människa under en livskris. Vi anser dock, i enlighet med Sullivan (1989) att den salutogenetiska modellen och KASAM kan

appliceras på ett kvalitativt sätt ute i vårdmiljöer för att förstå människors sätt att hantera situationer.

En svaghet i den teoretiska utgångspunkt vi har använt oss av är hur Antonovskys begrepp meningsfullhet kan tolkas. Antonovsky hävdar att den meningsfullhet en individ upplever direkt kopplas till viljan att lösa den stressfyllda situationen. Vi anser utifrån litteraturstudiens resultat att individer med stark meningsfullhet inte nödvändigtvis behöver prioritera den akuta situationen, utan ser andra meningsfulla områden i livet som mer motiverande. Vi anser att begreppet meningsfullhet kan ses som en grundhållning hos människan vilken stärker hennes motivation och önskan om att leva.

8.3 Slutdiskussion

Resultatet i denna litteraturstudie baserar sig endast på kvalitativa studier och kan därför inte ligga till grund för några generella slutsatser kring vad äldre kvinnor med hjärtinfarkt upplever och hur de hanterar situationen. Det resultat vi har fått fram stödjer dock tidigare kvantitativ forskning.

Den viktigaste kunskapen som framkommer ur vår studie är orsakerna till varför en äldre kvinna dröjer med att söka hjälp för sin hjärtinfarkt. En orsak är att den äldre kvinnan inte förstår vad symtomen betyder och därför stannar hemma i ett försök att hantera situationen själv. Detta beror förmodligen på att den äldre kvinnan upplever diffusa, okända och i många fall triviala symtom som är atypiska för en hjärtinfarkt. Detta indikerar på att sjuksköterskan, kanske främst inom primärvård och äldreboende, bör ha goda kunskaper kring atypiska symtombilder när den oförstående äldre kvinnan väl söker hjälp för sina besvär.

Äldre kvinnor och dess anhöriga saknar kunskap kring hur en hjärtinfarkt kan yttra sig. Detta faktum väcker således frågan: hur kan vårdpersonal nå dessa personer med information? Vi anser att frågan inspirerar till fortsatta studier.

9 Referensförteckning

- Albarran, J. W., Clarke, B. A., & 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.
- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*, 46, (4), 174- 180.
- Alonzo, A.A. (1986). The impact of the family and lay others on care- seeking during life-threatening episodes of suspected coronary artery disease. *Social science & medicine*, 22, (12), 1297- 1311.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arslanian- Engoren, C. (2005). Treatment-seeking decision of women with acute myocardial infarction. *Women & Health*, 42, (2), 53- 70.
- Bayer, A. J., Chadha, J. S., Farag, R. R., & Pathy, M. S. (1986). Changing presentation of myocardial infarction with increasing old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, (4), 263- 266.
- Bondevik, M., Nygaard, H., & Steensæth, Y. (2004). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Brattberg, G. (2008) *Att hantera det ohanterbara. Om coping*. Stockholm: Värkstaden.
- Canto, J. G., Shliphak, M. G., Rogers, W. J., Malmgren, J. A., Frederick, P. D., Lambrew, C. T., Ornato, J. P., Barron, H. V., & Kiefe, C. I. (2000). Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *The journal of the American Medical Association*, 283 (24), 3223- 3229.
- Chandra, N. C., Ziegelstein, R. C., Rogers, W. J., Tiefenbrunn, A. J., Gore, J. M., French, W. J., & Rubison, M. (1998). Observations of the treatment of women in the United States with myocardial infarction: a report from the National Registry of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 158, (9), 981- 988.
- Chandra, N. C., Ziegelstein, R. C., Rogers, W. J., Tiefenbrunn, A. J., Gore, J. M., French, W. J., Chew, S., & Ng, S. C. (2002). Hormone replacement therapy (HRT) and ischaemic heart disease: getting to the heart of the matter. *Singapore Medical Journal*, 43, (1), 41- 44.
- Day, J. J., Bayer, A. J., Pathy, M. S., & Chadha, J. S. (1987). Acute myocardial infarction: diagnostic difficulties and outcome in advanced old age. *Age and Ageing*, 16, (4), 239- 243.
- Dempsey, S. J., Dracup, K., & Moser, D. K. (1995). Womens decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung: the journal of critical care*, 24, (6), 444- 456.
- Dorsch, M., Lawrance, R., Sapsford, R., Durham, N., Oldham, J., Greenwood, D., Jackson, B., Morrell, C., Robinson, M., & Hall, A. (2001). Poor prognosis of patients presenting with symptomatic myocardial infarction but without chest pain. *Heart (British Cardiac Society)*, 86, (5), 494- 498.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsman, B. (2002) *Vetenskap och moral*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Goldstein, R. E., Boccuzzi S. J., & Cruess, D. (1995). Prognosis after hospitalization for acute myocardial infarction not accompanied by typical ischemic chest pain. *The American Journal of Medicine*, 99, (2), 123- 131.
- Hall, M. R. P., MacLennan, W. J., & Lye, M. D. W. (1997). *Geriatrisk medicin i klinisk*

praxis. Lund: Studentlitteratur.

- Hambleton, P., Keeling, S., & McKenzie, M. (2008). Quality of life is...: The views of older recipients of low- level home support. *Social Policy Journal of New Zealand*, 33, 146-162.
- Higginson, R. (2008). Womens help- seeking behaviour at the onset of myocardial infarction. *Brittish journal of nursing*, 17, (1), 10- 14.
- Husser, E. K., & Roberto, K.A. (2009). Older women with cardiovascular disease: perceptions of initial experiences and long- term influences on daily life. *Journal of Women and Aging*, 21, (1), 3- 18.
- Johansson, I., Swahn, E., & Strömberg, A. (2007). Manageability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (3), 184- 191.
- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44, (4), 360-374.
- Keeling, DI, Price PE, Jones, E & Harding, KE. (1996). Social support: some pragmatic implications for health care professionals. *Journal of Advanced Nursing* 23, (1), 76–81.
- Lefler, L. L., & Bondy, K. N. (2004). Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19 (4), 251- 268.
- Lovlien, M., Schei, B., & Hole, T. (2006). Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, (4), 308- 313.
- Manfredi, C., & Picket, M. (1987). Perceived stressful situations and coping strategies utilized by the elderly. *Journal of Community Health Nursing*, 4, (2), 99- 110.
- McSweeney, J. C. (1998). Women's narratives: evolving symptoms of myocardial infarction. *Journal of Women & Aging*, 10, (2), 67- 83.
- McSweeney, J. C., & Crane, P. B. (2000). Challenging the rules: women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. *Research in Nursing & Health*, 23, (2), 135- 46.
- McSweeney, J. C., Cody, M., & Crane, P. B. (2001). Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 15, (3), 26- 38.
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (7), 656- 662.
- Rogers A., Addington- Hall, J. M., McCoy, A. S.M., Edmonds, P.M., Abery, A. J., Coats, A. J.S., Gibbs, J. S R. (2002). *European Journal of Heart Failure*, 4 (3), 283- 287.
- Saks, K., Kolk, H., Soots, A., Takker, U., & Vask, M. (2003). Prevalence of cardiovascular disorders among the elderly in primary care in Estonia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, (2), 106- 109.
- Simonsen, T., Aarbakke, J., & Hasselström, J. (2004). *Illustrerad farmakologi 2*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sullivan, G. C. (1989). Evaluating Antonovsky's Salutogenic Model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, (4), 336- 342.
- Sutherland, B., & Jensen, L. (2000). Living with change: elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 10 (5), 661- 676.
- Yang, X. S., Willems, J. L., Pardaens, J., & De Geest, H. (1987). Acute myocardial infarction in the very elderly. A comparison with younger age groups. *Acta Cardiologica*, 42, (1), 59- 68.
- 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.

- Woon, V. C., & Lim, K. H. (2003). Acute myocardial infarction in the elderly – the differences compared with the young. *Singapore Medical Journal*, 44, (8), 414- 418.
- Zuzelo, P. R. (2002). Gender and acute myocardial infarction symptoms. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical- Surgical Nurses*, 11, (3), 126- 136.

10 Bilaga 1

Matris över slutligt urval av artiklar till resultat

DATABAS	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR	ANTAL ARTIKLAR MEDTAGNA I RESULTAT
Academic Search Premier	Experiencing, cardiac, infarction	27	2 st Nr. 1 Nr. 2
Academic Search Premier	Nursing, cardiac, infarction	136	1 st Nr. 4
Pubmed	Women, myocardial, infarction, prodromal	86	2 st Nr. 7 Nr. 8
Academic Search Premier	Gender, myocardial, infarction	322	1 st Nr. 10
Pubmed	Female, myocardial, infarction, aged, perceptions, qualitative	28	1 st Nr. 9
Pubmed	Aged, female, myocardial, infarction, qualitative, vulnerability	3	1 st Nr. 5
Pubmed	Myocardial, infarction, women, aged symptoms, qualitative, care	58	1 st. Nr 3
Manuell sökning	Via referenslistor		1 st. Nr 6

11 Bilaga 2

FÖRFATTARE	TITEL	TIDSKRIFT / LAND / ÅR	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
1. Albarran, J.W., Clarke, B.A., & Crawford, J.	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 (2007), 16 (4), 1292- 1301. England	Syftet är att undersöka symptom från hjärtat hos kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod, semistrukturerade djupgående intervjuer. Tolv kvinnor rekryterades på kardiologavdelning en av en sjuksköterska.	Kvinnorna blev långsamt medvetna om sina symtom, upplevde ingen bröstsmärta och upplevde andra symtom som de försökte tolka.
2. Arslanian-Engoren, C.	Treatment-seeking decision of women with acute myocardial infarction.	Women & health, (2005), 42, (2), 53- 70. USA	Syftet var att skapa en förståelse hur kvinnor beslutar sig för att söka vård för symptom på hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod, semistrukturerad, feministisk och poststrukturalistisk a intervjuer. Tio smärtfria kvinnor rekryterades från en kardiologavdelning efter att ha genomgått en hjärtinfarkt.	Kvinnorna associerade sina symtom med andra sjukdomar, minimaliserade sina symtom, upplevde atypiska symtom samt hade bristande kunskap om symtom pga. massmedias rapportering om typiska symtom.
3. Dempsey, S. J., Dracup, K., & Moser, D. K.	Womens decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction.	Heart & lung: the journal of critical care, (1995), 24,(6), 444- 456. USA	Syftet var att beskriva psykosociala processer hos kvinnor som beslutar sig för att söka vård för symptom på hjärtinfarkt.	En kvalitativ metod med grounded theory. Sexton kvinnor rekryterades på en kardiologavdelning vilka genomgått en hjärtinfarkt inom 72 timmar.	Kvinnorna dröjde flera timmar med att söka vård, upplevde symtom de inte förstod och trodde var oviktiga. Kvinnorna förnekade sina symtom och hade andra prioriteringar som fördröjde vårdsökandet. Kvinnorna försökte självbehandla sina symtom innan de sökte vård.

4. Higginson, R.	Womens help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction.	British journal of nursing, (2008), 17, (1), 10- 14. England	Syftet var att undersöka kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt med fokus på copingstrategier.	En kvalitativ metod med grounded theory och semistrukturerade intervjuer. 25 kvinnor rekryterades från ett rehabiliteringsprogram efter att ha upplevt en hjärtinfarkt.	Kvinnor känner inte igen sina symtom, hade förutfattade meningar om hjärtinfarkt och dess symtom, försökte självbehandla sina symtom genom medicinering, och trodde att hjärtinfarkt endast drabbade män.
5. Johansson,I. Swahn, E., & Strömberg, A.	Manageability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patient's conceptions of the event.	European journal of cardiovascular nursing, (2007), 6, (3), 184- 191. Sverige	Syftet var att beskriva variationer av hur individer upplevde smärtsamma symtom av en hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod med fenomenologisk ansats samt intervjuer av 15 deltagare.	Tre kategorier framkom: hanterbarhet, sårbarhet och interaktion. För att hantera situationen uppgav deltagarna de behövde liknande situationer att jämföra med. För att hantera hotet självmedicerade de sig eller förnekade sina symtom. De uttryckte att sårbarhet, oro samt omgivningen bidrog till vård sökandet.
6. McSweeney , J. C.	Women's narratives: evolving symptoms of myocardial infarction.	Journal of women & aging, (1998), 10, (2), 67- 83. USA	Syftet var att identifiera nya symptom och dess utveckling hos kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod med en deskriptiv studie. 20 kvinnor rekryterades via ett slumpmässigt urval 6- 24 månader efter sin hjärtinfarkt och intervjuades.	Upplevda symtom grupperades i nio grupper. Många kvinnor upplevde trötthet 2- 4 veckor innan hjärtinfarkten, symtomen hade olika varaktighet. Den tid det tog för kvinnorna att söka vård reflekterade hur lång tid det tog för dem att förstå att symtomen var allvarliga.
7. McSweeney , J. C., Cody, M.,& Crane, P. B.	Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction.	The journal of Cardiovascular nursing, (2001), 15, (3), 26- 38. USA	Syftet var att beskriva den kliniska bilden av kvinnors prodromala symptom och akuta symptom vid hjärtinfarkt.	Kvalitativ metod med intervjuer samt innehållsanalys. 76 kvinnor rekryterades från tre sjukhus inom 12 månader efter utskrivning.	De flesta kvinnorna upplevde flera prodromalsymtom som trötthet, andfåddhet och matsmältningsbesvär. Alla kvinnor upplevde akuta symtom som trötthet, andfåddhet, obehag i bröstkorgen, illamående, yrsel och svaghet.

<p>8. McSweeney, J. C., & Crane, P. B.</p>	<p>Challenging the rules: women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction.</p>	<p>Research in nursing & health, (2000), 23, (2), 135- 46. USA</p>	<p>Syftet var att identifiera de symptom kvinnor upplevde för och under sin hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ metod, med en deskriptiv naturalistisk ansats. 40 kvinnor rekryterades sex veckor till 15 månader efter upplevd hjärtinfarkt genom att patientlistor från tre sjukhus gick igenom och lämpliga informanter valdes ut.</p>	<p>Nästan alla kvinnor upplevde prodromalsymtom upp till två veckor innan sin hjärtinfarkt. Vanligast var trötthet, obehag i skulderbladen och känningar från bröstkorgen. De vanligaste akuta symtomen var känningar från bröstkorgen, andfåddhet och svettningar.</p>
<p>9. Sutherland, B & Jensen, L.</p>	<p>Living with change: elderly women's perceptions of having a myocardial infarction.</p>	<p>Qualitative health research, (2000), 10, (5), 661- 676. Canada</p>	<p>Syftet var att undersöka och beskriva äldre kvinnors uppfattningar av en hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ metod med strukturerade och ostrukturerade öppna intervjuer med 11 kvinnor.</p>	<p>Fem faser urskiljdes: att söka diagnos, att ställas inför verkligheten, att upptäcka förändringar, att anpassa sig till förändringar samt att leva med dessa. Kvinnorna kämpade med att behålla kontrollen, hantera osäkerhet, att uppnå förståelse, vara autonoma och att skydda andra.</p>
<p>10. Zuzelo, P. R.</p>	<p>Gender and acute myocardial infarction symptoms.</p>	<p>Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, (2002), 11, (3), 126- 136. USA</p>	<p>Syftet var att beskriva kvinnors och mäns upplevelser av symptom vid hjärtinfarkt och att jämföra dem för att upptäcka om skillnader mellan genus fanns.</p>	<p>Kvalitativ metod med en deskriptiv fenomenologisk design. Tio män och tio kvinnor valdes ut av en kardiolog på en kardiologavdelning.</p>	<p>Kvinnor upplevde många akuta symptom. Många upplevde rädsla under sin hjärtinfarkt, och bad familj och vänner om råd. Innan de sökte vård övervägde flera kvinnor andra orsaker till symtomen och försökte självbehandla dem. Kvinnor prioriterade göromål i hushållet innan de sökte vård, och blev överraskade när de diagnosticerades med en hjärtinfarkt.</p>