

Martina Gidö och Anna Holsteinson

Samordnade sjuksköterske- och socionomprogrammet inom vård av äldre,

Institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, 20 hp, VÄ62, 2011

Grundnivå

Handledare: Birger Hagren och Mai Leander

Examinator: Jonas Sandberg

## **Ett hjärtslag från döden**

**Kvinnors upplevelser av att leva med följderna av hjärtinfarkt**

## **A heartbeat from death**

**Women's experience of living with consequences of myocardial infarction**

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund .....</b>	<b>1</b>
2.1	Hälsa.....	4
<b>3</b>	<b>Problemformulering .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Syfte .....</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Teoretisk referensram .....</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>Metod.....</b>	<b>6</b>
6.1	Urval.....	6
6.2	Analys .....	7
<b>7</b>	<b>Etiskt förhållningssätt.....</b>	<b>7</b>
<b>8</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>8</b>
8.1	Att leva med oro, rädsla och osäkerhet .....	8
8.2	Att vara i behov av andra .....	10
8.3	Att göra omprioriteringar i livet.....	12
<b>9</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>14</b>
9.1	Metoddiskussion .....	14
9.2	Resultatdiskussion.....	15
<b>10</b>	<b>Slutsats .....</b>	<b>19</b>
<b>11</b>	<b>Referensförteckning.....</b>	<b>20</b>
<b>12</b>	<b>Bilaga 1.....</b>	<b>22</b>
<b>13</b>	<b>Bilaga 2.....</b>	<b>30</b>

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor världen över. Symtomen kan skilja sig mellan könen och kvinnor får senare vård och behandling än män. Hälsan förändras efter en hjärtinfarkt och tiden efter är turbulent både fysiskt och känslomässigt för den drabbade kvinnan. Rehabiliteringsprogrammen som finns visar sig inte vara anpassade för kvinnors behov. Det behövs ett helhetsperspektiv i vården, då det finns brister i bemötandet mot kvinnliga patienter och informationsöverföringen till patienterna är otillräcklig.

**Syfte:** Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med följderna av hjärtinfarkt.

**Metod:** En litteraturstudie har genomförts med hjälp av sökord i databaserna CINAHL, Academic Search Premier och Medline. Åtta artiklar valdes till resultatet och analyserades med hjälp av Fribergs analysmetod.

**Resultat:** Tiden efter hjärtinfarkten är turbulent och kvinnorna upplevde känslor av bland annat ilska, skuld, rädsla och trötthet. Hjärtinfarkten skapade ett behov av hjälp från familj och sjukvårdspersonal. Kvinnorna kom till insikt och gjorde omprioriteringar i livet. De uttryckte ett behov av mer information och kunskap om sin sjukdom. Resultatet visar att kvinnorna gjorde livsstilsförändringar och de upplevde att det fanns hopp om framtiden.

**Diskussion:** Det är viktigt att sjuksköterskan blir delaktig och har en närvaro i kvinnans vardag. Eftersom det finns en brist på information och kunskap är det viktigt att sjuksköterskan tar tag i detta problem och ser till att informationen överförs, förstås och upprepas. Sjuksköterskan måste ha en inställning om att alla människor är unika och vården ska enligt oss vara flexibel för olika behov.

**Nyckelord:** Hjärtinfarkt, kvinnor, upplevelser, omprioritering och hälsa.

**Keywords:** Myocardial Infarction, women, experience, reprioritisation and health.

## 1 Inledning

Vi har läst i tidskriften Hälsan I Centrum (Johansson Sundler, 2009) där det beskrivs att kvinnor kan ha svårt att få vårdpersonalen att ta deras erfarenheter och symtom på allvar. I tv har det visats en stödkampanj för Hjärt- och Lungfonden där det lyfts fram att kvinnors hjärt- och kärlsjukdomar inte får lika mycket uppmärksamhet som mannens hjärt- och kärlsjukdomar och att forskningen om skillnaderna mellan män och kvinnor är eftersatt. Att de finns skillnader i vården beroende på om du är man eller kvinna är för oss som kvinnor och sjuksköterskestudenter svårt att acceptera. Därför är detta ett ämne som behöver lyftas fram och problem och skillnader behöver tydliggöras. Vi ställde oss frågan vad har kvinnor för upplevelser av att leva med följderna av hjärtinfarkt, när kunskap om kvinnors hjärtinfarkt saknas inom vården? Meningen med arbetet är att sjuksköterskan ska få en ökad kunskap och förståelse för dessa kvinnor, för att kunna individanpassa deras omvårdnad.

## 2 Bakgrund

Det finns olika hjärtsjukdomar flera av dessa består av sjukdomar i både hjärta och blodkärl (Schenck-Gustafsson, 2008). Kvinnor har mindre hjärta och smalare kärl än män och vid kranskärlssjukdom kan effekten på hjärtat vara olika mellan könen (Hjärt- Lungfonden, 2010). Hjärtinfarkt är en akut blodpropp som blockerar kranskärl så att blodgenomströmningen till hjärtat stoppas. Detta leder till att vissa celler i hjärtat dör på grund av syrebrist och näringsbrist, en skada på hjärtat uppstår (Schenck-Gustafsson, 2011). Schenck-Gustafsson (2008) skriver att de riskfaktorer som har betydelse för uppkomsten av hjärtinfarkt är: stress, rökning, högt blodtryck, blodfetsrubbnings, diabetes, övervikt, fysisk inaktivitet och dåliga kostvanor. Författaren skriver vidare att kvinnor har speciella riskfaktorer som tidigt klimakterium, havandeskapsförgiftning, högt blodtryck och/eller diabetes under graviditeten.

Erhardt (2003) och Schenck-Gustafsson (2006, 2008) menar på att hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor världen över. För kvinnor är det nio gånger vanligare att dö i hjärtsjukdom än att dö av bröstcancer och kvinnor är fem till tio gånger äldre än män när de drabbas. Schenck- Gustafsson (2006, 2008) skriver att akut

hjärtinfarkt med dödlig utgång står för cirka 16% hos män och 11% hos kvinnor.

Socialstyrelsen (2010) skriver att de nationella riktlinjer för kranskärslsjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2001, med bland annat nya diagnoskriterier för hjärtinfarkt, medförde att antalet rapporterade fall av akut hjärtinfarkt från den slutna vården ökade märkbart. Av samtliga inträffade fall under åren 1987–2008 gällde 60 procent män och 40 procent kvinnor. Andelen kvinnor har ökat under de senaste åren och uppgick år 2008 till cirka 42 procent (Socialstyrelsen, 2010). Enligt WHO är hjärt- och kärlsjukdom det mest bortglömda hälsoproblemet bland kvinnor i hela världen (Schenck- Gustafsson, 2006, 2008). Swahn (1998) menar på att största delen av forskningen har gjorts på en homogen grupp, medelålders vita män. Därför kan resultaten av dessa studier inte appliceras säkert och effektivt på både män och kvinnor. Författaren skriver vidare att redan på akuten får kvinnor vänta längre än män på att bli undersökta och kvinnorna blev oftare placerade på en vanlig sjukhusavdelning istället för på en intensivvårdsavdelning. Schenck-Gustafsson (2006) skriver vidare att kvinnors symtom vid hjärtinfarkt inte tas på lika stort allvar som männens, då symtomen kan skilja sig mellan könen. Författaren menar på att kvinnor har svårare att tolka sina symtom och att det kanske är därför som kvinnor söker medicinsk hjälp senare. Tiden mellan symtom och behandling är längre för kvinnor med hjärtinfarkt och kvinnor får lägre prioritet när de ringer efter ambulans. Målet för hälso- och sjukvårdslagen är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. (HSL, 1982:763, 2§).

Shirato och Swan (2010) beskriver att kvinnor upplever följande symtom vid en hjärtinfarkt; andfåddhet, svaghet och trötthet. Författarna skriver vidare att tröttheten följs senare av utmattning som kan visa sig i kraftiga svettningar, yrsel och illamående. Enligt Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005) så upplevde kvinnor flera olika symtom i jämförelse med män fyra månader efter hjärtinfarkten. Dixon, Lim, Powell och Fisher (2000) skriver att tiden efter utskrivningen från sjukhuset är en jobbig tid för dessa patienter då många av dem upplever både fysiska och psykiska problem. Johansson Sundler (2008) menar att hjärtinfarkten är en händelse som bryter vardagstillvaron och kan få en betydelse under lång tid framöver. Vardagen blir påverkad av sjukdomen och kvinnorna kan känna av en mångsidig och existentiell osäkerhet. Författaren menar att kvinnorna behöver stöd även efter att sjukdomen anses som medicinskt färdigbehandlad. De behöver få information om hur livet kan se ut efter

utskrivning från sjukhus och de behöver vård- och hälsosamtal som kan hjälpa dem att hantera de reaktioner och känslor som sjukdomen väcker till liv.

Schenck-Gustafsson (2008); Johansson Sundler (2008) anser att det behövs ett helhetsperspektiv i vården, då det finns brister i bemötandet mot kvinnliga patienter och att informationsöverföringen till patienterna är otillräcklig. De menar att kvinnor ställer högre krav i dag om att få mer information om sin hälsa än vad tidigare generationer har gjort. Dahlberg (1994) skriver att sjuksköterskan måste kunna "se" den andra personen och kunna "lyssna" för att kunna förstå vårdprocessen ur patientens perspektiv. För "du kan aldrig få helheten om du inte vet vad patienten upplever".

Swahn (1998); Erhardt (2003); Schenck-Gustafsson (2006); Shirato och Swan (2010) anser att det behövs mer forskning i kvinnors hälsa, förebyggande åtgärder, riskfaktorer, utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal samt spridning av information till befolkningen om olikheterna mellan könen. Shirato och Swan (2010) menar att metoder behöver utvecklas i hur riktlinjer, information och kunskap kan implementeras och spridas till hälso- och sjukvårdspersonal. I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) står det att sjuksköterskan ska kunna söka, analysera och kritiskt granska relevant litteratur/information, implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Day och Batten (2008); Schenck-Gustafsson (2011) skriver att rehabilitering vid hjärt- och kärlsjukdom är underutnyttjat av kvinnor, fast det visat sig i studier att kvinnorna vinner mest på att delta i rehabiliteringsprogram. Författaren skriver vidare att kvinnor inte remitteras lika ofta till dessa rehabiliteringsprogram i jämförelse med det behov som finns. Day och Batten (2008) menar att kvinnor upplever symtom som kan visa sig på olika sätt vid en hjärtinfarkt. Det kan därför vara troligt att kvinnor hanterar sina symtom och ohälsa på ett annat sätt. Kvinnor och män har olika sociala roller och ansvar, kvinnornas behov efter en hjärtinfarkt kan därför skilja sig i från det som tidigare forskning om män visar. Banks och Malone (2005); Lockyer (2005) anser att kunskap om hur dessa kvinnor upplever coping och socialt stöd är viktigt för den fortsatta rehabiliteringen. Hur patienter tolkar sin sjukdom och

tillfrisknande kan ha en stor betydelse för deras hälsa och deras hopp om framtiden. De menar på att förstå dessa tolkningar kan bidra till en bättre förståelse av deras behov av socialt stöd under den tidiga återhämtningsfasen.

Bennett och Connell (1999) skriver att tiden efter en hjärtinfarkt kan vara turbulent, då det tar tid att vänja sig vid tanken att hälsan har förändrats. Detta är en tid som är sårbar för den drabbade både fysiskt och känslomässigt. De skriver att patienter som överlever en hjärtinfarkt måste hantera konsekvenserna av sjukdomen som symptom, behandling, livsstilsförändringar och oroliga tankar om framtiden.

## **2.1 Hälsa**

WHO definierar hälsa (Socialstyrelsen, 2009) som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Johansson Sundler (2008) beskriver hälsa så här: ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan hälsa förstås eller liknas vid en form av balans och harmoni, där påfrestningar behöver kunna hanteras för att inte ta över eller styra den drabbades liv i en destruktiv eller oönskad riktning. Det är när något saknas eller stör livets balans och vardagliga rytm som människor kan uppleva lidande eller sjukdom. Författaren skriver vidare att människan tänker inte alltid på att hon är frisk eller har hälsa, förrän hon blir sjuk och lider av något. Schenck-Gustafsson (2011) menar att på kort och lång sikt kan rehabilitering förhindra död, återinsjuknande och progress av sjukdomen samt att det är viktigt att rehabiliteringen anpassas till individens prestationsförmåga. Att delta i hjärtrehabilitering ökar individens självskattad hälsa och livskvalitet, speciellt för kvinnor.

## **3 Problemformulering**

Enligt litteraturgenomgången så finns det inte tillräckligt med kunskap om kvinnor och hjärtsjukdomar. Det saknas ett helhetsperspektiv i vården, det finns brister i bemötandet av kvinnliga patienter och informationsöverföringen är otillräcklig. Kunskapen om kvinnors upplevelser av att leva med följderna av hjärtinfarkt är av vikt för sjuksköterskan, för att kunna individanpassa omvårdnaden och förstå vilket behov som finns. Genom att

sjuusköterskan förvärvar denna kunskap skapar hon en helhetssyn på individen och kan på så sätt erbjuda bättre omvårdnad för den enskilde patienten.

## 4 Syfte

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med följderna av hjärtinfarkt.

## 5 Teoretisk referensram

Vi har valt att använda oss av Katie Erikssons vårdteori som referensram i arbetet. Eriksson (1987) skriver att människosyn är starkt knuten till förhållandet mellan individen och ”den andra”. Den ”andra” omfattar både ”den konkreta andra” som anhöriga, vänner och professionella vårdgivare och ”den abstrakta andra” som är ett uttryck för Gud (s. 33-34). Relationen med ”den abstrakta andra” kan beskrivas med tre centrala begrepp; tro, hopp och kärlek. Dessa tre begrepp återfinns också i relationer med andra människor (s. 43). Vi har valt att använda begreppen tro och hopp. Eriksson (1987) skriver att tro och hopp hör samman. Att kunna hoppas innebär att inte ännu gett upp; man tror på framtiden. Inom vården utgör hoppet en viktig faktor för människans hälsa och välbefinnande. I tron såsom hopp finns inriktningen mot framtiden, mot ett mål (s. 47-48).

Eriksson (1987) beskriver att hälsan är ett dynamiskt tillstånd och inom individen pågår ständigt olika hälsoprocesser (s. 10). Hälsa innebär en helhet som präglas av kropp, själ och ande. Hälsa innefattar därför både ett fysiskt tillstånd och en upplevelse av kroppsligt, själsligt och andligt välbefinnande. En förening av själv och andra, det vill säga i en relation med vänner och familj samt till det ”abstrakta andra” utgör en förutsättning för hälsa (s. 57). ”Människan är hel. Hälsan är hel. En hel människa är hälsa” (Eriksson, 1987, s. 60). Vårdandet omfattar tre element; ansande, lekande och lärande (s. 60). Eriksson (1987) lyfter fram ansningen som den mest grundläggande formen av vårdande. Den kännetecknas av värme, närhet och beröring (s. 24). Lekandet är knutet till tillit och tillfredsställelse i samband med sociala situationer (s.20). Lärandet hänger samman med utveckling av självständighet, självförverkligande och mognad. Lärandet öppnar därmed nya vägar och nya möjligheter för individen (s. 30).



## 6 Metod

En litteraturstudie har genomförts med hjälp av sökord i tillgängliga databaser på Ersta Sköndal Högskolas webbsida, (*bilaga 2*). Sökning gjordes på databaserna CINAHL och Academic Search Premier med sökorden myocardial infarction, women\*, experience\* och myocardial and qualitative. Ett ”snöbollsurval” gjordes med sökning på författarens namn, som hittats i andra artiklars referenslistor och i relevant studentlitteratur. Sökningen gjordes i Medline på författarnamnen, Kristofferzon och Johansson Sundler.

### 6.1 Urval

För att begränsa urvalet på databaserna och få vetenskapligt granskade artiklar söktes endast artiklar som var ”peer reviewed” (vetenskapligt granskade) och som fanns i full text. Vi ville ha nordiska artiklar för att dessa artiklar var mest relevanta i förhållande till svenska kvinnors upplevelse. Detta gjordes för att kvinnors upplevelser från länder inom Norden kan lättare jämföras med svenska kvinnors upplevelser. Det är därför mer relevant att använda sig av artiklar från länder som liknar det svenska samhällets uppbyggnad och sociala struktur. Det var svårt att hitta tillräckligt med material vilket resulterade i att två artiklar valdes från länder utanför Norden (Australien och England).

Det var viktigt att artiklarna tog upp upplevelserna av att leva med följderna av hjärtinfarkt och var inriktade på kvinnor. De artiklar som hade kvinnors och mäns upplevelser sammanslagna i resultatet sorterades bort. Det användes enbart artiklar som hade kvinnors upplevelser som sitt syfte eller där män och kvinnors upplevelser delades upp i resultatet. I artiklar där både mäns och kvinnors upplevelser fanns med fokuserade vi endast på kvinnorna och sorterade bort männens upplevelser som inte var relevanta i förhållande till syftet. Vi har valt artiklar som använt sig av kvalitativa studier. Denna metod är relevant i förhållande till syftet, att beskriva kvinnors upplevelser. Segesten (2006) skriver att kvalitativa studier syftar till att skapa förståelse för patienten och hans situation. Författaren menar på att med hjälp av denna modell fördjupas förståelsen för ett valt fenomen som har med patientens upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov att göra. Författaren förklarar att denna metodanalys resulterar i en sammanfattning som i sin tur ger en vägledning i praktiskt handlande i

vårdsituationer. En artikel valdes som har använt sig av en kvantitativ metod, på grund av att resultatet var relevant för att kunna svara på syftet. Patel och Davidson (2003) skriver att kvantitativa metoder innebär att man gör mätningar vid datainsamlingen och använder sig av statistiska bearbetnings- och analysmetoder.

## 6.2 Analys

Analysen började med inläsning av resultatet på samtliga åtta artiklar. Artiklarna lästes av båda författarna ett flertal gånger och innehållet diskuterades. Vi strök under de meningar i artiklarnas resultat som svarade på vårt syfte. De ord som inte förstods översattes med hjälp av webbsidan, Google översätt (<http://translate.google.se/#>). Vissa delar av resultatet från de olika artiklarna sorterades bort, eftersom de inte var relevanta för syftet. En matris gjordes för att få en övergripande bild på de åtta artiklarna som användes i resultatet. Efter detta strukturerades resultaten från de olika artiklarna in i övergripande teman, beroende på vad de innehöll för information. Dessa teman bröt vi sedan ner i mindre subkategorier som namngavs med hjälp av meningsbärande enheter, för att få så textnära rubriker som möjligt. Dessa subkategorier sattes sedan samman så att de bildade huvudkategorier som också namngavs. Subkategorierna och huvudkategorierna har sedan strukturerats om och tagits bort ett flertal gånger under arbetets gång. Den slutliga analysen resulterade i att alla subkategorier togs bort och tre huvudkategorier användes för att strukturera resultatet. Meningsbärande enheter och huvudkategorier fördes sedan in i, (*Tabell 1*) för att läsarna ska få en överblick av resultatet. Friberg (2006) skriver att med hjälp av kategorier kan ett mönster beskrivas och fenomenet du studerat kan uttryckas på ett nytt sätt. Denna analys ledde till det slutliga resultatet som presenteras under rubriken, Resultat. Under arbetets gång har vi haft handledningstillfällen som har skapat nya idéer och kunskap. Uppsatsen har sedan strukturerats om utifrån dessa nya perspektiv.

## 7 Etiskt förhållningssätt

Vi har återgett de artiklar och annat material som vi använt i arbetet på ett korrekt sätt och inte undanhållit resultat som framkommit i artiklarna som använts. Inget material är påhittat eller

förfalskat i arbetet. De citat som har använts i resultatet är i artiklarna skrivna på engelska. Dessa citat är inte översatta till svenska på grund av risken för att den upplevda känslan kan försvinna i översättningen och misstolkas, då nyanser i språket förekommer.

## 8 Resultat

Resultatet presenteras med tre huvudkategorier, (*Tabell 1*) visar en översikt av dessa kategorier som är namngivna utifrån de meningsbärande enheterna.

*Tabell 1*; kategoriöversikt av resultatet.

Meningsbärande enhet	Huvudkategori
Kvinnorna upplevde oro, ångest och rädsla för framtiden och den egna hälsan.	Att leva med oro, rädsla och osäkerhet
Det sociala nätverket gav kvinnorna stöd, uppmuntrade dem och bidrog till en känsla av trygghet	Att vara i behov av andra
Kvinnorna prioriterade sig själva, befriade sig själva från ”alla måsten”, levde ett hälsosammare liv och hade mer framåtanda i livet.	Att göra omprioriteringar i livet

### 8.1 Att leva med oro, rädsla och osäkerhet

Hjärtinfarkten och operationerna efter upplevdes av kvinnorna som livshotande (Schou, Jensen, Zwisler & Wagner, 2008). Tiden efter hjärtinfarkten beskriver kvinnorna som fysiskt utmattande, sorgsen, depressiv och känslomässigt ostabil. De uttryckte känslor av ilska, skuld och irritation (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007, 2008). De kände sig värdelösa, kände tomhet och brist på livsglädje. Kvinnorna upplevde olika fysiska symtom efter hjärtinfarkten som tillfällig förvirring, trötthet, andfåddhet och bröstsmärtor. De trodde själva att detta kunde bero på oro, ångest och ilska (Kristofferzon et al. 2007). White, Hunter och Holttum (2007) skriver också om ilska och frustration, men då kopplat till upplevelsorna av

att känna sig överbeskyddad. Kvinnorna upplevde att de blev tillsagda vad de skulle göra och inte göra som exempelvis vid olika restriktioner. Schou et al. (2008) skriver att kvinnorna som deltog i hjärtrehabiliteringsprogram också upplevde depression och ångest, men beskrev då även upplevelser av isolering och kraftlöshet som konsekvens av hjärtinfarkten. Kvinnorna var trötta på att vara hemma och känna sig utanför samhället (Kristofferzon et al. 2008). De upplevde känslor av sorg över förlusten av sin självständighet och fysiska förmåga (White et al. 2007).

Kvinnorna upplevde att hjärtinfarkten påverkade deras relationer negativt och rollerna förändrades. Det fanns en anspänning i deras sociala roller som fru, mamma, arbetstagare och beskyddare av andra (White et al. 2007; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2003). Flera av kvinnorna upplevde att de hade fått ge stöd och skydda sina närstående från oro och ångest (White et al. 2007). Vissa kvinnor upplevde också att de saknade stöd från sin make på grund av att det var brist på kommunikation mellan dem (Kristofferzon et al. 2003). De kände att det fanns krav från släktingar som inte hade förståelse för deras trötthet och minskade fysiska förmåga. De upplevde även krav på sig själva, att inte vara en börda för andra (Kristofferzon et al. 2008). Dessa krav såg kvinnorna som det största problemet i deras personliga relationer (Kristofferzon et al. 2007). Kvinnorna gjorde också ofta mer hushållssysslor i hemmet än vad de hade ork till, för att inte besvära sina familjemedlemmar (Schou et al. 2008). Författarna menar på att kvinnorna hade svårt att låta någon annan ta över hushållssysslorna eftersom det då inte blev som de ville ha det.

Kvinnorna förväntades att göra någon typ av livsstilsförändring, men de visste inte på vilket sätt dessa skulle göras (Jackson, Daly, Davidson, Elliott, Cameron-Traub, Wade, Chin & Salamonson, 2000). Schou et al. (2008) skriver att en kvinna berättar att hon inte hade lyckats reducera sina hälsorisker, hon sa följande:

*I don't see the benefit of the CR participating in it [ed. CR programme]. I am experiencing so much hip pain because of arthritis. So I stay at home when I am in pain. I still smoke five cigarettes a day and allow myself to do this (Schou, Jensen, Zwisler & Wagner, 2008, s. 26).*

Författarna skriver att livsstilsförändringar hade länge setts som något negativt av kvinnorna, som att inte få äta allt och att inte kunna medverka i samma aktiviteter som tidigare i livet.

Därför kopplade kvinnorna hjärtinfarkten till upplevelser av sorg och förlust. Kristofferzon et al. (2003) menar på att kvinnorna upplevde att det praktiska och känslomässiga stödet var svårtillgängligt. Enligt Kristofferzon et al. (2003) så upplevde kvinnorna att vårdpersonalen inte gav dem tillräckligt med tid och att de saknade tilltro och bekräftelse från dem angående deras hjärtproblem.

Kristofferzon et al. (2008) skriver att kvinnorna upplevde den första tiden efter utskrivningen som en orolig tid fylld av rädsla och osäkerhet. Johansson Sundler et al. (2009) menar på att kvinnorna beskrev att det fanns vissa situationer som gav dem en känsla av rädsla och utmattning. En kvinna uttrycker sig så här:

*At night I feel anxious, tired like and when I'm tired I don't feel so good and I think, oh am I going to wake up in the morning.... I can't describe this feeling, just lethargic. I feel like I'm so tired.... I can't explain it.... I feel that tired I'm frightened to shut my eyes cause I feel like I'll never open them again I'm so tired. It's a heavy, heaviness, that's the only way I can describe it, you know, heavy (Jackson, Daly, Davidson, Elliott, Cameron-Traub, Wade, Chin & Salamonsen, 2000, s. 1409).*

Författarna skriver att det är viktigt att kommentera att denna kvinna var den enda som hade återgått till förvärvsarbetet som städerska. Hon jobbade endast två dagar under denna vecka, men uttryckte att hon kände sig trött, känslig och stressad. Hon kände även en oro och ångest för en eventuell fortsatt utredning och kirurgiska ingrepp. Hon hade en stark rädsla för alla slags operationer och trodde att detta berodde på ett tidigare ingrepp som hon upplevde traumatiskt. Kristofferzon et al. (2008) skriver också om att kvinnorna upplevde oro över att behöva genomgå medicinska utredningar och att utredningarna i sin tur skapade rädsla över att följderna skulle leda till intensiva medicinska behandlingar. Jackson et al. (2000); White et al. (2007); Kristofferzon et al. (2007, 2008) beskriver att kvinnorna upplevde oro, ångest och rädsla för framtiden och den egna hälsan. Det kunde handla om att medverka i olika aktiviteter, att återgå till förvärvsarbetet, att återinsjukna eller att bli överdrivet uppmärksam på olika symtomyttringar.

## **8.2 Att vara i behov av andra**

Hjärtinfarkten skapade ett behov av omvårdnad från familj och vänner. Detta var en ny upplevelse för dessa kvinnor, då de innan hjärtinfarkten hade haft huvudansvaret för familjens omvårdnad och behov (Johansson Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009). Schou et al. (2008)

skriver att alla kvinnorna var beroende av daglig omvårdnad i hemmet, men att kvinnorna var besvikna på hemtjänsten som aldrig var där när de behövdes. Kristofferzon et al. (2003, 2007) menar på att kvinnorna var beroende av familjens stöd när de skulle förändra sin livsstil. Trots detta så inkluderade kvinnorna inte familjen i sina livsstilsförändringar för att de upplevde att det ökade arbetsbördan i hemmet.

Kristofferzon et al. (2003, 2007) skriver att när kvinnorna pratade om deras sociala nätverk nämnde många att medlemmarna i det sociala nätverket gav dem stöd, uppmuntrade dem och bidrog till en känsla av trygghet. Kristofferzon et al. (2003, 2007, 2008) skriver att kvinnorna upplevde stöd från partnern, barnen, barnbarnen och syskonen. De brydde sig om kvinnorna, gav dem trygghet, ömhet, praktisk hjälp och de förstod allvaret i sjukdomen. Kristofferzon et al. (2007) menar att trots detta upplevde de ibland att partnern kunde vara överbeskyddande. Det känslomässiga och bekräftande stödet var viktigast för kvinnorna, detta stöd har påverkat deras självkänsla och personliga utveckling (Kristofferzon et al. 2003; Jackson et al. 2000). Hildingh, Fridlund och Baigi, (2007) menar på att kvinnorna upplevde att det känslomässiga stödet var mindre på sjukhuset, men ökade efter utskrivningen. Jackson et al. (2000); Kristofferzon et al. (2003) skriver att det känslomässiga stödet tillfredställdes av partnern, familjen, grannarna och vännerna. White et al. (2007) skriver att kommunikation med familj, vänner och kolleger har också gett kvinnorna stöd och uppmuntran. Johansson Sundler et al. (2009) skriver att vissa kvinnor tyckte att ensamheten var en plåga, medans andra kvinnor tyckte att den gav dem en känsla av lättnad och var ett sätt att hantera sin egna situation i relation med andra.

Kristofferzon et al. (2003, 2008); White et al. (2007) skriver att sjuksköterskan uppskattades av kvinnorna då hon stod för trygghet, kontinuitet och praktisk hjälp. Tilltro fanns också till läkaren (Jackson et al. 2000). Kristofferzon et al. (2008) skriver att rehabiliteringsteamet och de andra deltagarna också stod för trygghet och stöd till kvinnorna. White et al. (2007) lyfter fram att två kvinnor hade negativa synpunkter på deras rehabiliteringsprogram. De tyckte det var jobbigt att höra ”detaljer” om andra personers upplevelser och de saknade det enskilda stödsamtalet. Programmet såg inte till deras individuella behov ansåg dem. Schou et al. (2008) skriver att vissa kvinnor upplevde att de inte behövde delta i något

rehabiliteringsprogram då de ansåg att deras hjärtinfarkt inte hade varit livshotande. Författarna menar på att kvinnorna upplevde att de kunde hantera sin vardag utan något extra stöd.

Kristofferzon et al. (2003, 2007, 2008); Jackson et al. (2000) skriver att kvinnorna upplever en brist på information om sin sjukdom, behandling, rehabilitering och vilka problem som de kan uppleva efter utskrivningen från sjukhuset. Jackson et al. (2000) menar på att vissa av kvinnorna fick leta information själva. En kvinna berättar att ha tillgång till relevant litteratur och stöd via telefon, hjälpte henne att skapa förståelse och återfå en känsla av balans och perspektiv på tillvaron. Vissa kvinnor kunde erkänna att bristen på information kunde bero på minnesluckor och att de inte förstätt vad som sagts. Kristofferzon et al. (2007) skriver att kvinnorna inte heller visste vad de skulle fråga om. Författarna menar på att kvinnorna fick information och rådgivning från sjuksköterskor, läkare, släktingar, arbetskamrater och från andra patienter som drabbats av hjärtinfarkt.

*She (nurse) was good at explaining ..... he (physician) wanted me to ask – I didn't know what... She told me things and then she asked me and then I asked her (questions).... very good. (Women, aged 67) (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007, s. 397).*

Författarna skriver vidare att kvinnorna upplevde att det var viktigt att informationen både vara muntlig och skriftlig. De uppskattade sjuksköterskans dialog som var lättare att förstå och bättre i jämförelse med läkarens. De upplevde också att det var lättare att skapa kontakt med sjuksköterskan.

### **8.3 Att göra omprioriteringar i livet**

Kvinnorna hade innan hjärtinfarkten skaffat sig ovanan att riskera sin egen hälsa för att lägga fokus på andra saker i vardagen, de hade stressat och ignorerat deras egen hälsa och välbefinnande (Johansson Sundler et al. 2009). Kristofferzon et al. (2007) skriver att flera kvinnor kom till insikt efter hjärtinfarkten, de trodde att psykosocial stress, krav från familjemedlemmar och den ständiga oron som de kände kan ha orsakat deras hjärtinfarkt. Kristofferzon et al. (2007, 2008); Johansson Sundler et al. (2009) menar på att kvinnorna upplevde att de hade fått en andra chans och ett bättre liv efter hjärtinfarkten. Kristofferzon et al. (2007, 2008) skriver att vissa av kvinnorna fick kurage, de ifrågasatte sin roll i familjen

och påpekade för familjen att de inte ville ta hela ansvaret för hushållet. De prioriterade sig själva, befriade sig själva från ”alla måsten”, levde ett hälsosammare liv och hade mer framåtanda i livet. Författarna skriver vidare att kvinnorna försökte lita på sin egen förmåga, förändrade sina attityder och sitt beteende, de tog tag i vardagliga problem och fattade egna beslut.

*....contacted people myself....went and rang their doorbells, people I'd not talked to for 23 years. I got my life back (women, aged 57) (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008, s. 372).*

Livet blev mer än bara arbete och fokus lades mer på saker som gav mening i livet som att hjälpa andra och unna sig själv saker (Kristofferzon et al. 2008).

Vissa nära relationer omvärderades och omprioriterades också, vilket resulterade i att relationerna blev färre och starkare (Johansson Sundler et al. 2009). Författarna skriver vidare att kvinnorna hade efter hjärtinfarkten en önskan om att förändra sina liv, vilket var svårt och krävande. Författarna menar på att förändringen handlade om att skapa förståelse och ”omskola” sina tidigare levda erfarenheter. White et al. (2007) skriver att i rehabiliteringsprogram fick kvinnorna dela med sig av sina erfarenheter och fick på så sätt förståelse för sina egna upplevelser. De fick se andra i gruppen lyckas och detta gav dem motivation och förmåga att se sina upplevelser utifrån nya perspektiv. Författarna skriver vidare att kvinnorna hade en önskan om att inte reflektera för mycket över deras egna upplevelser ”det är bra att prata om saker och sedan lägga dessa bakom sig och fortsätta med sitt liv.” (s. 281). White et al. (2007) skriver trots att hälsan har utmanats av sjukdomen vill kvinnorna inte bli sedda som ”invalidier” eller ”patienter”, utan upplever sig själva som hälsosammare än innan hjärtinfarkten. Viljan att arbeta heltid efter hjärtinfarkten var ett sätt att undvika att fastna i ”känslan av att vara sjuk”. Kristofferzon et al. (2008) skriver, för att minska på stressen använde sig kvinnorna av olika strategier som att acceptera situationen, varva ner, lämna saker till nästa dag, be om hjälp och lära sig att stå emot skuld känslor och krav.

*....I'm not at all as picky now – there can be a bit of dust nowadays (women, aged 52) (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008, s. 370).*

Kristofferzon et al. (2007, 2008); Schou et al. (2008) skriver att många kvinnor har motiverat sig själva att göra livsstilsförändringar som att sluta röka, ändra sina matvanor, stressa mindre



och motionera mera, vilket ökade deras välbefinnande. Schou et al. (2008) skriver också att kvinnorna upplevde att rehabiliteringsprogram hjälpte dem att gå vidare med sina liv och göra livsstilsförändringar. Kristofferzon et al. (2008); Jackson et al. (2000) menar på att med tiden upplevde kvinnorna att livet hade förbättrats, de kände sig fysiskt starkare, mer självsäkra, blev inte trötta lika fort och hade en förbättrad uthållighet. Jackson et al. (2000) skriver också att kvinnorna uttryckte en optimism inför framtiden. Kristofferzon et al. (2008) menar på att vissa kvinnor hade hopp om ett hälsosamt, normalt och aktivt liv. De hade också hopp om ett långt liv med barn och barnbarn, att kunna resa igen, inte behöva flytta från hemmet och bli tillräckligt återhämtade för att kunna genomgå en kranskärlsoperation.

## **9 Diskussion**

Diskussionen har delats upp i två delar, en metoddiskussion och en resultatdiskussion. Vi har sorterat ut olika delar från resultatet som vi anser är viktiga och intressanta att lyfta fram.

Dessa delar har vi sedan diskuterat i förhållande till sjuksköterskans profession samt kopplat diskussionen till den teoretiska referensram (Erikssons, 1987) som vi har valt att använda oss av i arbetet.

### **9.1 Metoddiskussion**

Att beskriva kvinnors upplevelser med kvalitativa studier har visat sig i arbetet vara en relevant metod. Med hjälp av dessa artiklar har vi fått svar på vårt syfte att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med följderna av hjärtinfarkt. Den kvantitativa artikeln som vi valde, visade sig i resultatet inte vara av lika stor vikt för att kunna ge svar på syftet som vi trodde från början. Därför har vi endast använt oss av ett fåtal meningar från den kvantitativa artikeln till resultatet. Detta visar också på att kvalitativa artiklar har bättre tillämplighet när man ska beskriva upplevelser. En artikel som valdes har använt sig av en litteraturstudie. Artikeln valdes på grund av det var svårt att hitta tillräckligt med artiklar till resultatet. Innehållet i artikeln var relevant i förhållandet till syftet. Författarna har även skrivit ett flertal relevanta artiklar med kvalitativa metoder som har använts i resultatet. Beaktning har gjorts att resultatet i artikeln är andrahandsinformation. Den mängd artiklar som användes gav tillräcklig information för att kunna svara på syftet. Att läsa engelska artiklar var ett krävande

arbete och tog lång tid. Detta löstes genom att läsa artiklarna tillsammans och diskutera innehållet för att minimera misstolkningar av texten. Att hitta nordiska artiklar var svårt, vilket resulterade i två artiklar utanför Norden (Australien och England). Vi använde meningsbärande enheter och huvudkategorier när vi analyserade resultatet på de olika artiklarna. Detta gav oss en bra överblick och skapade en struktur på resultatet. Det var svårt att skapa täckande huvud- och subkategorier till resultatet, men detta underlättades med meningsbärande enheter, se (*Tabell 1*). I den slutliga analysen så ansågs subkategorierna överflödiga och uteslöts. De meningsbärande enheterna gjorde att vi kunde få en bättre förståelse om vad texten i resultatet handlade om samt att huvudkategorierna blev mer textnära. Detta gör att även läsaren får lättare att förstå vad resultatet visar.

Handledningstillfällena har hjälpt oss att få ett annat perspektiv på arbetet, då vi ibland blivit för enkelspåriga och låsta i vårt eget tankesätt. De andra i gruppen har kommit med synpunkter och idéer på arbetet vilket har resulterat i en bättre utformning av uppsatsen.

## 9.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar på att tiden efter hjärtinfarkten är känslomässigt ostabil. Samtidigt har många kvinnor svårigheter att stå emot krav från närstående och gör mer ”sysslor” än vad de egentligen har ork till (Schou et al. 2008; Kristofferzon et al. 2007, 2008). Detta är en tid då vi anser att kvinnorna skulle behöva stöd och uppmuntran från sjuksköterskan att stå emot kraven från anhöriga och kraven från sig själv. Om sjuksköterskan även ger stöd och information till familjen, så får de anhöriga i sin tur kraft att ge känslomässigt och praktiskt stöd till den sjuka kvinnan. Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (2005) lyfter också fram att undervisning och stöd för patienter och närstående främjar hälsa och förhindrar ohälsa. Eriksson (1987) skriver att ansningen är den mest grundläggande formen av vårdande och ansningen är till sin karaktär en handling som visar att man bryr sig om den andre. Det är viktigt att sjuksköterskan blir delaktig, bryr sig och har en närvaro i kvinnans vardag för att kunna ge henne stöd och hjälp under denna oroliga tid efter hjärtinfarkten. Eriksson (1987) hävdar att delaktighet och närvaro är en process som kan ge en form av befrielse för människan. Känslan av smärta och ångest upplöses genom att sjuksköterskan är delaktig. Därför anser vi att det är av stor vikt att sjuksköterskan är lyhörd och ser till att behov tillgodoses genom att finnas tillgänglig för frågor, information och praktiskt stöd.

Kvinnorna upplevde oro, rädsla och osäkerhet för framtiden, detta kunde handla om att vara överdrivet uppmärksam på symtomyttringar (Jackson et al. 2000; White et al. 2007; Kristofferzon et al. 2007, 2008). Kvinnornas kunskap om sina symtom kopplat till hjärtinfarkten är bristfällig enligt resultatet och tidigare forskning visar att det finns brist på kunskap även hos vårdpersonalen om vilka symtom som kvinnor kan drabbas av vid en hjärtinfarkt (Schenck-Gustafsson, 2006). Om kvinnorna hade haft denna kunskap så hade kanske upplevelse av rädsla och oro kunnat reduceras. Detta är ett tydligt bevis anser vi, på att det behövs mer forskning på kvinnors upplevelser av symtomyttringar vid hjärtinfarkt.

Flera kvinnor trodde att psykosocial stress, krav från familjemedlemmar eller den ständiga oron de kände kan ha orsakat deras hjärtinfarkt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007). Kvinnorna beskriver att de innan hjärtinfarkten har levt ett stressat liv och inte prioriterat sig själva. Kvinnorna började efter hjärtinfarkten förhandla med sig själva, försökte lita på sin egen förmåga, förändrade attityder och beteende, tog egna beslut och tog tag i vardagliga problem (Kristofferzon et al. 2007). Kvinnorna kom till insikt efter hjärtinfarkten och gjorde omprioriteringar (Johansson Sundler et al. 2009; Kristofferzon et al. 2007). Erikson, (1987) skriver att lärandet öppnar nya vägar och nya möjligheter för människan. Detta kan vi binda samman med kvinnors upplevelser av att leva med hjärtinfarkt, vilket är en ny erfarenhet för dessa kvinnor och skapar därmed ny kunskap. Kunskapen gav kvinnorna nya insikter vilket ledde till omprioriteringar och en bättre hälsa. Som Johansson-Sundler (2008) skriver, människan tänker inte alltid på att hon har hälsa och är frisk, insikten kommer först när hälsan har utmanats av sjukdom och lidande.

Enligt Hjärt-Lungfonden (2010) minskar risken för att utveckla hjärtsjukdom vid sund livsföring, speciellt för kvinnor är det mycket viktigt att hantera och reducera stress. Det framkommer i tidigare forskning att mot slutet av en kvinnans arbetsdag ökar halter av stresshormoner och ligger kvar hela kvällen, det förklaras med att hemmet är en ”andra arbetsplats” för kvinnor. Denna insikt som kvinnorna fick om att inte stressa och att prioritera sin egen hälsa och välbefinnande skulle vara av vikt i ett tidigare skede innan det går så långt som en akut hjärtinfarkt. Denna kunskap behöver implementeras i den förebyggande vården

av hjärt- och kärlsjukdomar för att minska riskfaktorerna för kvinnor. Tar läkare och sjuksköterskor upp frågan om stress i vårdsamtal med kvinnor? Eller fokuseras det bara på måtvärden, kost och motion? Det är viktigt att se sambandet mellan de olika riskfaktorerna. Resultatet visar att vissa kvinnor hade svårt att göra livsstilsförändringar, de visste inte hur de skulle gå till väga (Jackson, Daly, Davidson, Elliott, Cameron-Traub, Wade, Chin & Salamonson, 2000). Vi anser att praktisk hjälp, uppmuntran och motivering behövs till dessa kvinnor att göra livsstilsförändringar. Det är viktigt att samarbeta i team med flera vårdprofessioner i omvårdnaden av dessa kvinnor. Vårdteamet måste vara delaktig i kvinnans vardag för att skapa ett varaktigt resultat på livsstilsförändringarna och få åtgärderna att fungera för just henne. Eriksson (1987) skriver att för att få en helhetssyn i ett område bör alla som arbetar tillsammans åtminstone ha någon gemensam nämnare i sina paradigmer så kallad tvärvård. En grupp av olika vårdare har gemensamt ansvar för patientens helhetsvård. Där de diskuterar kring de aktuella problemen och gör upp en vårdplan, vilka alla i gruppen har enats om. Gruppen genomför och förverkligar sedan planen. För att vårdplanen ska kunna genomföras krävs ett gemensamt språk, gemensamma referensramar och strategier.

Resultatet visar att kvinnorna upplevde att det fanns en stor brist på kunskap och att informationsöverföringen var otillräcklig (Kristofferzon et al. 2003, 2007, 2008; Jackson et al. 2000). Enligt oss är detta problem det viktigaste att lyfta fram från resultatet. Alla artiklar skriver om bristen på information och kunskap till kvinnorna. Vi anser att kunskap och information är övergripande för att kunna hantera sin vardag och hälsa på bästa sätt. Det är viktigt att sjuksköterskan tar tag i det här problemet och ser till att informationen verkligen överförs och förstås av dessa kvinnor. Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) ska sjuksköterskan förvissa sig om att patient eller/och närstående förstår given information. Med hänvisning till resultatet där kvinnorna hade minnessvårigheter efter hjärtinfarkten (Jackson et al. 2000), menar vi att det också är av stor vikt att upprepa informationen för patienten flera gånger under vårdprocessen.

Kvinnorna upplevde att de saknade tilltro, trygghet och tid från vårdpersonalen (Kristofferzon et al. 2003). Samtidigt säger Kristofferzon et al. (2003, 2008); White et al. (2007) att sjuksköterskan uppskattades av kvinnorna då hon stod för trygghet, kontinuitet och praktisk

hjälp. Trots att dessa två resultat motsäger sig varandra så är det av stor vikt att sjuksköterskan står för kontinuitet i mötet med dessa kvinnor. Kontinuitet leder till en bra vårdrelation och skapar trygghet. Vissa av kvinnorna saknade det enskilda stödsamtalet och upplevde att deras individuella behov inte tillgodosågs (White et al. 2007). Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (2005) lyfter fram att information och undervisning ska både ske i grupp eller individuellt. Alla människor är unika och vården måste enligt oss vara flexibel för olika behov. Det är viktigt att ha en helhetssyn på människan för att kunna individanpassa vården. Eriksson (1987) menar att lärande och lekande är nära knutna till varandra. Lärandet har traditionellt accepteras som en omvårdnadsfunktion och måste utgå från individens specifika behov. Hälsan är en helhet, det innebär att sjuksköterskan är medveten om att allting samverkar eller att det finns ett samband mellan de olika delarna; kropp, själ och ande. Att ha ett helhetsperspektiv i omvårdnaden främjar patientens totala hälsa.

Kvinnor uttryckte optimism inför framtiden och hopp om ett hälsosamt, normalt och aktivt liv (Jackson et al. 2000; Kristofferzon et al. 2008). Eriksson (1987) förklarar att kunna hoppas innebär att inte ännu ha gett upp, man tror på framtiden och att hoppet är en viktig faktor för människans hälsa och välbefinnande. Eriksson skriver vidare att tro, hopp tillsammans med kärlek bildar grunden för all vård. Vi tyckte att det var viktigt att lyfta kvinnors upplevelser av hopp, då det visar att dessa kvinnor fortfarande ser positivt på livet efter hjärtinfarkten. Vi menar på att det är lättare att göra förändringar i tillvaron som exempelvis att sluta röka om man har en positiv livssyn.

Swahn (1998); Schenck-Gustafsson (2006) beskriver könsskillnader i forskning, symtom och vård vid hjärt- och kärlsjukdom. Strömberg och Eriksson (2006) skriver att mannen är normen för det som räknas som det ”mänskliga” och den manliga synen på världen råder inom samhällets alla institutioner och verksamheter, inklusive vetenskapen. För att uppmärksamma, påverka och synliggöra de ojämlika förhållanden som finns mellan könen krävs en forskningsbaserad kunskapsutveckling. Författarna skriver vidare att genusneutralitet blir ett sätt att avköna och osynliggöra olikheter som råder i sjukvården. I vårdteoretiska texter framställs patienter som genusneutrala eller könlösa genom att använda begrepp som

individer, personer, människor, lidande och sjuka. Johansson Sundler (2009) skriver det motsatta, att vårdpersonal och forskare behöver vara mer vaksamma inför individens skiftande behov och förutsättningar. Författaren menar att oavsett om det är en kvinna eller man som drabbas av en hjärtinfarkt kan det vara viktigt med en vård som ser till individen, inte könet.

## **10 Slutsats**

Som ett avslut på arbetet vill vi lyfta fram att hälsoprocessen är olika hos kvinnor med hjärtinfarkt och varje hjärtinfarkt är unik. Det behövs enligt oss en fortsatt forskning om kvinnors upplevelser av att leva med följderna av hjärtinfarkt och det är även viktigt att resultatet på denna forskning kommer ut i klinisk praxis.

## 11 Referensförteckning

### Artiklar som är använda till resultatet är markerade med \*

- Banks, AD. & Malone, RE. (2005). Accustomed to enduring experiences of African – American women seeking care for cardiac symptoms. *Heart & Lung* 34. 13-21.
- Bennett, P. & Connell, H. (1999). Dyadic processes in response to myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine* 4. 45-55.
- Dahlberg, K. (1994). *Vårdandets helhetsyn*. Lund: Studentlitteratur.
- Day, W-K., & Batten, L. (2008). Cardiac rehabilitation for women: One size does not fit all. *School of Nursing Journal Articles*, 1-12.
- Dixon, T., Lim, L., Powell, H. & Fisher, J-D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1368-1375.
- Erhardt, L. (2003). Women – a neglected risk group for atherosclerosis and vascular disease. *Scand Cardiovasc Journal*, 37. 3-12.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Nordstedts Förlag.
- Friberg, F. (Red.). (2006). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.
- Google Översätt. (n.d). Hämtad maj, 1-11, 2011 från <http://translate.google.se/#>
- \*Hildingh, C., Fridlund, B. & Baigi, A. (2007). Sense of coherences and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event. *Journal of Clinical Nursing*, 17. 1303-1311.
- Hjärt- Lungfonden. (2008). *Temaskrift hjärtinfarkt*. Hämtad maj, 19, 2011, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Sjukdomar/Hjartinfarkt/Forskning-om-hjartinfarkt/>
- Hjärt- Lungfonden. (2010). *Kvinnors hjärta och lungor. En temaskrift om kvinnors hjärt-kärlsjukdomar och KOL*.
- Hälsa. (2009). I *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad april, 7, 2011 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/Default.aspx>
- \*Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C. & Salamonson, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6). 1403-1411.
- Johansson Sundler, A. (2008). *Mitt hjärta, mitt liv. Kvinnors osäkra resa mot hälsa efter en hjärtinfarkt*. (Avhandling för filosofie doktorsexamen, Växjö universitet 2008).
- \*Johansson Sundler, A., Dahlberg, K. & Ekenstam, C. (2009). The Meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*, 19. 375-387.
- Johansson Sundler, A. (2009, april). Kvinnors hjärtinfarkt – en osäker resa mot hälsa. *Hälsan I Centrum*, s. 14-16.
- \*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.
- 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. 391-401.
- \*Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *The Authors. Journal compilation*, 22. 367-375.
- Lockyer, L. (2005). Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4, 29-35.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Schenck-Gustafsson, K. (2006). Are the symptoms of myocardial infarction different in men and women, if so, will there be any consequences? *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 40. 325-326.
- Schenck-Gustafsson, K. (2008). *Det brustna kvinnohjärtat- om kvinnors hjärt-kärlsjukdomar*. Stockholm: Prisma.
- Schenck-Gustafsson, K. (Red.). (2011). *Kvinnohjärtan - hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Schou, L., Ostergaard, B-J., Zwisler, A-D., & Wagner, L. (2008). Women's experiences with cardiac rehabilitation – participation and non-participation. *Vård i Norden*, 28. 24-28.
- Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 85-88). Lund: Studentlitteratur.
- Shirato, S. & Swan, B-A. (2010). Women and Cardiovascular Disease: An Evidentiary Review. *MEDSURG Nursing*, 19. 282-306.
- Socialstyrelsen (2005, februari). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad april, 7, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen (2010, november, 16). Hjärtinfarkter 1987–2008 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987–2009. Hämtad april, 7, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-11-17>
- Strömberg, H. & Eriksson, H. (2006). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Swahn, E. (1998). The care of patients with ischaemic heart disease from a gender perspective. *European Heart Journal*, 19. 1758-1765.
- \*White, J., Hunter, M., & Holtum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3): 278-288.



## 12 Bilaga 1

Matris över slutligt urval av artiklar till resultatet:

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
Hildingh, C., Fridlund, B. & Baigi, A.	Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event.	2007, Sweden, Journal of Clinical Nursing	Syftet är att undersöka känslan av sammanhang och upplevelserna av förändring i det sociala stödet och hantering från ett korsiktigt perspektiv hos patienter som blivit inskrivna på sjukhus för en misstänkt hjärtinfarkt	En enkät undersökning genomfördes på tre sjukhus, där 241 av 300 deltagande svarade på två frågeformulär (31% kvinnor och 69% män). En på sjukhuset och en skickades hem två veckor efter utskrivningen.	Resultatet visar att det känslomässiga stödet är mindre på sjukhuset, men ökar efter utskrivning.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>År, land och tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod och urval</b>	<b>Resultat</b>
Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron- Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonson, Y.	Women recovering from first – time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study	2000, Journal of Advance Nursing	Syftet är att utforska en grupp kvinnors tillfrisknande i det inledande skedet efter en första hjärtinfarkt och att bidra med evidensbaserat material om kvinnors upplevelser av tillfrisknande efter en hjärtinfarkt.	Feministisk kvalitativ studie som innefattar tio deltagare. Urvalet gjordes med krav på att deltagarna skulle vara kvinnor, nyligen utskrivna från sjukhus, första hjärtinfarkten och engelsk talande.	Deltagarna ifrågasatte sin tidigare livsstil. Rädsla, osäkerhet och känslomässig instabilitet identifierades hos deltagarna. Vissa ville ha tillbaka sin hälsa medans andra accepterade förändringen. Brist på information, gjorde att kvinnorna sökte själva efter olika informationskällor.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>År, land och tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod och urval</b>	<b>Resultat</b>
Johansson – Sundler, A., Dahlberg, K., & Ekenstam, C.	The Meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial Infarction	2009, Sweden, Qualitative Health Research	Syftet är att undersöka betydelsen av nära relationer och sexualitet kopplat till kvinnors hälsa och välbefinnande efter de har drabbats av en hjärtinfarkt, ur ett livsvärldsperspektiv	En kvalitativ studie som grundar sig i livsvärldsperspektivet och baseras på en fenomenologisk teori. Urvalet består av tio kvinnor som upp till sex månader tidigare drabbats av en hjärtinfarkt.	Efter en hjärtinfarkt påverkas kvinnors nära relationer och hälsoprocesser. Inte alla relationer är intima, men nära och meningsfulla relationer kan ge kraft och styrka till kvinnors hälsoprocesser. Samtidigt kan dessa relationer också kräva energi och orsaka lidande.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>År, land och tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod och urval</b>	<b>Resultat</b>
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M.	Myocardial infarction: gender differences in coping and social support	2003, Sweden, Journal of Advanced Nursing.	Syftet är att sammanfatta nuvarande kunskap om genuskillnader i upplevelser av coping och socialt stöd efter en hjärtinfarkt.	En litteraturstudie. Databaserna CINAHL, Medline och PsycLIT/PsychInfo med hjälp av sökorden myocardial infarction, coping, gender differences och social support, 41 artiklar granskades från åren 1990- 2002.	Kvinnorna hade en tendens att förminska sjukdomens konsekvenser, de sökte vård senare och ville inte besvära andra med deras hälsoproblem. Kvinnorna upplevde brist på socialt stöd och information. De tyckte att hälso- och sjukvården inte tog deras hjärtproblem på allvar.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>År, land och tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod och urval</b>	<b>Resultat</b>
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M.	Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction	2007, Sweden, Journal of Clinical Nursing	Syftet i studien är att beskriva upplevelser i det dagliga livet för män och kvinnor under de första fyra till sex månaderna efter en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer, 20 kvinnor och 19 män blev intervjuade under en tidsperiod av 11 månader. Intervjuerna var upplagda så att de skulle vara beskrivande, retrospektiva och kvalitativa	De flesta deltagarna accepterade sin situation men uttryckte trötthet och oro. Oron berörde ofta den personliga hälsan, kunskapsbrist, rädsla för återinsjuknande och döden. Dialogen med sjuksköterskan var viktig, men vårdgivarna uppmärksammade inte deras outtalade behov.

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M.	Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction	2008, Sweden, The Authors. Journal compilation	Syftet är att beskriva upplevelsorna av kvinnors och mäns dagliga liv fyra till sex månader efter en hjärtinfarkt och deras förväntningar på framtiden.	Intervjustudie uppdelad i två teman. 20 kvinnor och 20 män valdes ut av 74 kvinnor och 97 män som deltog i en större longitudinell studie. Åldern för kvinnorna var mellan 47-88 år och männen 48-90 år.	De medverkande upplevde hälsoproblem, de beskrev livsstilsförändringar, olika strategier för att hantera dem samt upplevelsen av att välbefinnandet stärktes. Många känslomässiga reaktioner uttrycktes, men att få aktivera sig och umgås med sina nära var viktigt trots vissa krav. Sjuksköterskans roll betonades positivt. Värderingar ändrades och det fanns hopp inför framtiden

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>År, land och tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod och urval</b>	<b>Resultat</b>
Schou, L., Östergaard Jensen, B., Dorthe Zwisler, A., & Wagner, L.	Women's experiences with cardiac rehabilitation – participation and non-participation	2008, Denmark, Vård I Norden	Syftet är att beskriva upplevelser av kvinnor som deltog och de som inte deltog i hjärt-rehabilitering efter hjärtinfarkt.	Ett år efter utskrivning deltog sex kvinnor i två fokusgrupps-intervjuer. Kvinnorna som inkluderades skulle följa kriterierna: kvinnligt kön, olika åldrar, hjärtinfarkts-diagnos, deltagande eller inte deltagande i rehabiliteringsprogram och kunna förstå och prata danska.	Resultatet avslöjar upplevelser relaterade till kriser, prevention, könsroller och familjeliv. Båda fokusgrupperna hade svårt att ta emot hjälp.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>År, land och tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod och urval</b>	<b>Resultat</b>
White, J., Hunter, M., & Holttum, S.	How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping.	2007, United Kingdom, Psychology, Health & Medicine	Syftet är att undersöka hur kvinnor anpassar sig efter en hjärtinfarkt, hur detta påverkar nära relationer och vilka coping strategier som används.	Semi-strukturerade intervjuer där kvinnor i åldern 40-70 år som insjuknat i en första hjärtinfarkt. De valdes ut ur sjukhusets databas, fem av sju kvinnor deltog.	Hjärtinfarkten framkallade osäkerhet och senare starka känslor av depression och ångest. Kvinnorna förminskade sina symtom och konsekvenserna av händelsen. De uttryckte optimism och hopp om att livet snart skulle återgå till det normala.



## 13 Bilaga 2

Sökresultat:

<b>Sökt på databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
CINAHL	myocardial infarction, women* och experience*	64	5
Medline	Kristofferzon och Johansson Sundler	10	2
Academic Search Premier	myocardial and qualitative	242	1