

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:63

“Se mig för den jag är”

Kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt

Veronica Breen

Angela Flygare



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: ”Se mig för den jag är” - kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt

Författare: Veronica Breen & Angela Flygare

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK26A

Handledare: Maria Henricson

Examinator: Anders Jonsson

Sammanfattning

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige för både män och kvinnor. Forskning visar att kvinnor söker vård senare och får sämre vård än männen. Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt. Uppsatsen är en litteraturöversikt av 10 kvalitativa artiklar som belyser kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt. Artiklarna analyseras enligt Granheim och Lundmans metod. Resultatet presenteras i fem subteman, att behöva och få stöd, att vilja bli sedd som människa, att förstå det överkliga, att uppleva framtiden som förändrad samt att uppleva kroppen som förändrad. Innehållet i subteman resulterar i två huvudteman, livet i kaos och förändrad identitet. Kvinnorna upplever det svårt att veta vad de känner och kan inte koppla sina symtom till hjärtinfarkt. Efter hjärtinfarkten är behovet av stöd stort från både närstående och sjukvården. Kvinnorna tycker att stödet från närstående lätt övergår i ett överbeskydd som påverkar dem negativt. Från sjukvården saknar kvinnorna stöd och tycker informationen de får är för allmän. Kvinnorna upplever att de förlorar sin roll i familjen. I diskussionen relateras kvinnornas upplevelser av hjärtinfarkt till ett genusperspektiv. Som praktiska implikationer föreslås en ändring i sjuksköterskeutbildning.

Nyckelord: Kvinnor, hjärtinfarkt, upplevelser

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt	1
Behandling	1
Livsvärlden och den levda kroppen	2
Genuskontrakt och norm	2
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE	3
METOD	3
Litteratursökning och urval	3
Analys	4
RESULTAT	4
Livet i kaos	5
Att behöva och få stöd	5
Att inte bli tagen på allvar	6
Att förstå det överkliga	7
Förändrad livssituation	8
Att uppleva framtiden som förändrad	8
Att uppleva kroppen som förändrad	8
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	10
Praktiska implikationer	11
REFERENSER	12
BILAGA 1	15

INLEDNING

Intresset för kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt väcktes tidigt under vår sjuksköterskeutbildning av den anledningen att vi tyckte att kurslitteraturen saknade konkreta beskrivningar av kvinnors symtom och upplevelser av hjärtinfarkt. Männens symtom och upplevelser däremot utgjordes som norm och blev väl beskriven både i kurslitteraturen och på föreläsningar. Genom detta arbete har vi förhoppningar om att få kunskaper som kan vara värdefull i vårt framtida arbete som sjuksköterskor.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

Hjärtat är en muskel som har till uppgift att pumpa syresatt blod till kroppens alla celler. Även hjärtat behöver syre och det är kranskärlen som förser hjärtcellsmuskulaturen med syre. Vid inlagring av blodfetter reduceras kranskärlens framkomlighet vilket leder till ett försämrat blodflöde till hjärtat och en ökad risk för blodproppar. Skulle ett kranskärl täppas till helt av en blodpropp stryps blodtillförseln till den delen av hjärtat. Löses blodproppen inte upp börjar hjärtmuskelceller dö vilket så småningom leder till hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2008). I vissa fall kan blodproppar även bildas i kärl utan fettinlagringar, ett fenomen som är vanligare hos kvinnor. Kvinnor har oftare kranskärlsspasm vilket kan leda till en hjärtinfarkt. Döda hjärtmuskelceller kan inte återskapas utan bildar ärrvävnad, så kallad bindväv. Skadan som orsakas i hjärtat kan leda till hjärtsvikt eller plötslig död (Hjärt-lungfonden, 2004; 2008).

Idag finns ett flertal kända riskfaktorer till hjärtinfarkt så som rökning, hypertoni, diabetes, höga blodfetter, dåliga kostvanor, övervikt, stress, depression och för lite motion (Hjärt-lungfonden, 2008). Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och varje år vårdas ca 27 000 människor på sjukhus för diagnosen. Kvinnor insjuknar i regel 8 år senare än män (Socialstyrelsen, 2008). En hjärtinfarkt kan te sig olika. Det mest typiska symtomet är, enligt Hjärt-lungfonden (2008), smärta i bröstet som strålar ut i armarna men även smärta i nacke, käke, rygg, mage och händer samt yrsel, andningspåverkan, kallsvettningar, illamående, extrem trötthet eller tryck över bröstet. Hjärtinfarkten kan även vara en så kallad tyst infarkt som inte ger några symtom alls (Hjärt-lungfonden, 2008).

Behandling

Ju snabbare en patient kommer till sjukhuset vid en hjärtinfarkt, desto större chans är det att begränsa infarktens storlek vilket ger en bättre prognos. En del i diagnostiseringen av en hjärtinfarkt är att patienter får genomföra ett EKG där hjärtrytmen övervakas och där eventuella förändringar kan ses. Blodprov från patienten tas även för att eventuellt finna så kallade hjärtenzymmarkörer som uppstår då hjärtcellsmuskulatur dör (Hjärt-lungfonden, 2008).

Dagens hjärtinfarktbehandling kan vara både medicinsk och kirurgisk. I det akuta skedet av hjärtinfarkten ges blodförtunnande och trombolytiska (propplösande) läkemedel

vilket ska dels hindra uppkomsten av nya proppar samt lösa upp redan existerande proppar. Den trombolytiska behandlingen fungerar bäst inom de första timmarna efter infarktens debut och ges inte om patienten kommer in till sjukhus efter 12 timmar eller senare (Hjärt-lungfonden, 2004).

Den kirurgiska behandlingen består av PCI (tidigare benämnt PTCA) som betyder ballongvidgning eller av en bypass-operation. Vid allvarliga kärlförträngningar är det viktigt att återställa blodcirkulationen i hjärtat så snabbt som möjligt. En vanlig metod är att en PCI-behandling genomförs och kranskärlen vidgas genom att föra in en kateter i kärlet med en liten ballong på toppen. När kateter är framme vid förträngningen blåses ballongen upp och pressar tillbaka förträngningen vilket återställer blodcirkulationen utan att bröstkorgen behöver öppnas (Hjärt-lungfonden, 2008).

En bypass-operation av hjärtats kranskärl är nödvändig när patienten kranskärl har utbredda förträngningar. Ett eller fler blodkärl tas från underbenet, underarmen eller insidan av bröstkorgen för att kopplas förbi förträngningarna och omleda blodcirkulationen. Kvinnor har generellt sämre lämpade kärl för en bypass-operation och drabbas oftare av åderbräck än män. Bröstartären är dessutom smalare hos kvinnor. Vanligast är att patienten stannar på sjukhus i 4 – 5 dagar efter operationen (Hjärt-lungfonden, 2004; 2008).

Livsvärlden och den levda kroppen

Varje enskild persons verklighet, den så kallade livsvärlden är individuell och unik. Livsvärlden är inte synonym med den fysiska verkligheten. Det finns inte två människor som kan förstå företeelser, människor och ting på exakt samma sätt (Wiklund, 2003). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skildrar ett livsvärldsperspektiv utifrån vikten av att se till människans behov och försöka uppmärksamma det vardagsliv hon lever i och påverkas av. Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär en stor förändring för människans kropp. En förändring av kroppen medför enligt Dahlberg m.fl. (2003) en förändring av tillgången till världen och till livet. Att förändringen blir så omfattande beror på att det är genom kroppen som människan har tillgång till livet. Merleau-Ponty (1997) menar att kroppen är fysisk, psykisk, existentiell och andlig på samma gång, den är levande och fylld av erfarenheter, minnen, visdom och upplevelser. Merleau-Ponty skriver vidare att kroppen är säte för människans upplevelser samt identitet. Detta förklaras genom att det är genom våra sinnen, syn, hörsel, smak och känsel som människan skapar sig en bild av världen hon lever i.

Genuskontrakt och norm

Begreppet kön motsvarar det biologiska könet i människan, medan begreppet genus inbegriper det socialt konstruerade könet. Kön är något man föds till och genus är något man formas till (Hirdman, 2003). Det finns specifika regler i samhället för män och kvinnor, ett, enligt Hirdman (2003) genuskontrakt, ett socialt konstruerat kontrakt som innebär sociala förväntningar på mannen och kvinnan i samhället. Dessa förväntningar och regler skapar skilda roller och förutsättningar (Hirdman, 2003). Pojkar och flickor får från tidig ålder få lära sig föreställningen vad som är manligt och kvinnligt dels

genom så kallade pojk- och flickleksaker. Livsvärlden liksom genuskontraktet påverkar dagligen människans liv. Som sjuksköterska innebär ett livsvärldsperspektiv att kunna förstå, analysera och beskriva världen som den erfars av patienten (Dahlberg m.fl., 2003).

Enligt Nationalencyklopedin (2008) betyder norm allmänt godtagan regel för handlande eller tänkande, ofta av social karaktär, som inte vanligtvis är nedskriven. Norm kan vidare beskrivas, det som tillskrivs normalt och typiskt. Motsatsen till normen är atypiskt och avvikande. Det finns en kulturell nedärvd självklarhet i samhället, specifikt i vardagsspråket, att mannen är norm (Hirdman, 2003). Med mannen som norm blir allt som inte är man, med andra ord kvinna, avvikande. Den mänskliga historien är fylld med dokumentation om män som hjältar, kungar och förebilder. Mannen har sedan tidernas begynnelse haft en stark roll i samhället och kopplats samman med ord som mod och makt (Hirdman, 2003). Sjukvården är inget undantag och formas även den av att mannen är norm. Forskning visar att det idag finns en större medicinsk kunskap på hur mannens kropp fungerar och hur den påverkas av olika sjukdomar jämfört med kvinnan. När kvinnor drabbas av hjärtinfarkt söker de vård senare än män och vården de får är sämre (Sveriges kommuner och landsting, 2007).

PROBLEMFÖRMULERING

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland män och kvinnor i Sverige och varje år vårdas cirka 27 000 människor på sjukhus för diagnosen. Trots det uppmärksammas kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt inte i lika stor utsträckning. I och med att hjärtinfarkt är en vanlig diagnos som sjuksköterskor möter oberoende kontext, är det betydelsefullt att ha kunskap om sjukdomen och förståelse för kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. När sjuksköterskan inte har tillräcklig kunskap blir det svårare att vårda och patienten kan bli lidande.

SYFTE

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt.

METOD

Litteratursökning och urval

Uppsatsen är skriven som en litteraturöversikt av kvalitativa vetenskapliga artiklar enligt Friberg (2006). Att skriva uppsatsen som en litteraturöversikt med vetenskapliga artiklar innebär att tillvarata och uppmärksamma aktuell forskning och samtidigt bidra med nya infallsvinklar och analyser. Vad en kvinna upplever vid en hjärtinfarkt är det centrala i studien. Medvetet har urvalet inte begränsats till en specifik åldersgrupp eller nationalitet av kvinnor utan strävan har varit en bredd urvalsgrupp, speciellt vad det gäller ålder. En av artiklarna som valdes speglar yngre kvinnors upplevelser och en speglar äldre kvinnors upplevelser. De resterande artiklarna har bredare åldersspann hos kvinnorna.

Litteratursökningen är gjord i Högskolan i Borås biblioteksdatabaser: Cinahl, Medline, Academic search elite och Blackwell synergy. Valet av att välja Cinahl och Medline som informationskälla grundades i att de är inriktade på vårdforskning. Blackwell Synergy och Academic search elite är mer omfattande databaser och valdes på grund av dess storlek och bredare forskningsurval. Vid första sökningen användes sökorden heart attack and women. Databasen gav som förslag att istället använda myocardial infarction som begrepp för hjärtinfarkt, och med kombinationen myocardial infarction and women blev det ett större antal träffar. För att begränsa urvalet mer specifikt lades sökordet gender till. Anledningen till det är att mycket forskning på hjärt- och kärlsjukdomar är jämförelsestudier mellan män och kvinnor. Jämförelsestudierna i sig är inte relevanta för uppsatsen men kvinnornas upplevelser av sjukdomen är användbara. Med hjälp av en bibliotekarie i Högskolan i Borås biblioteks söksupport gjordes en ny sökning i samma databaser men med andra sökord. De sökord som användes var myocardial infarction, women and experience. Sökningen begränsades med "peer review" för att säkra att artiklarna redan var refereegranskade. Artiklar orienterade kring vårdforskning med kvalitativ metod hittades i en större utsträckning med sökordet experience. Ett flertal artiklar som användes i studien hittades som referenslitteratur och två artiklar samt avhandlingen som används i diskussionen rekommenderades av handledaren. Informationsbroschyrer om hjärtinfarkt, kvinnor och hjärtinfarkt samt hjärtforskning beställdes från Hjärt-lungfondens hemsida.

När artiklarna valdes till studien granskades metoden och syftet i dessa. Kriterier för att inkluderas i litteraturöversikten var att varje artikel hade en kvalitativ metod och ett syfte att undersöka, belysa eller beskriva kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt samt vara yngre än år 2000. Urvalsmetoden begränsade artiklarna till 10 stycken.

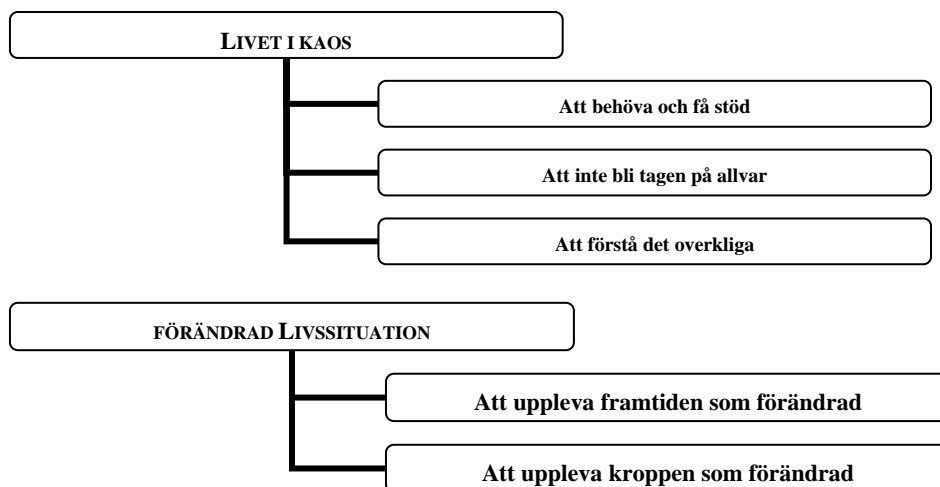
Analys

Efter litteratursökningen lästes materialet i enskildhet för att kunna få en övergripande bild av artiklarna samt ge möjlighet till enskild reflektion. Artiklarna analyserades enligt Granheim och Lundmans (2004) modell. Meningsbärande enheter togs ut och skrevs ner på olikfärgade papper. Likheter och olikheter i de meningsbärande enheterna urskiljdes och strukturerades upp för att tydliggöra det väsentliga i artiklarna. Förståelsen för materialet ökade och subteman skapades. Vidare valdes relevanta citat ut och därefter kunde resultatet utformas och huvudteman synliggöras. Två huvudteman skapades med två respektive tre subteman som visas i tabell 1.

RESULTAT

Resultatet beskrivs i två huvudteman, livet i kaos och förändrad livssituation och fem subtema, att behöva och få stöd, att inte bli tagen på allvar, att förstå det överkliga, att uppleva framtiden som förändrad samt att uppleva kroppen som förändrad och bygger på de analyserade artiklarna.

Tabell 1. Översikt av huvudteman och subtema.



Livet i kaos

Att behöva och få stöd

En gemensam nämnare i kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt är att stöd hemifrån är av stor vikt för dem i samband med sjukdomen. Kvinnor upplever att de får stöd hemifrån men att stödet ofta övergår i ett överbeskyddande som begränsar vardagen och får dem att känna sig beroende och hjälplösa (Sutherland & Jensen, 2000; Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001; Svedlund & Danielsson, 2003; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005; Worrall-Carter, Jones & Driscoll, 2005). Vidare uttrycker kvinnorna att de har förståelse för att de närstående oroar sig för dem men att många känner sig frustrerade över att ständigt bli övervakad. Detta får kvinnorna att känna sig svaga och att inte längre besitta samma roll i familjen (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003).

”When I started driving, I had to report in every 5 minutes, and if I didn’t she’s (daughter) wonder where I was. And in the house like the first time I washed dishes she said, “no, you can’t do that”, and I said “Yeah I can and I will,” that sort of thing, and I did... It did get on my nerves and caused friction... (Sutherland & Jensen, 2000. s 670).

Enligt Svedlund, Danielsson och Norberg (2001) har kvinnorna svårt att komma hem från sjukhuset och anpassa sig till den nya rollen som ofta innebär mindre ork vilket leder till ett förändrat ansvar för hemmet. Den förändrade rollen leder till att kvinnorna inte känner sig lika starka som tidigare. Kvinnorna har svårt att släppa hushållsuppgifterna och anser att närstående inte vet hur eller vad som behöver göras. Om de själva inte utför sysslorna i hemmet måste de ge direktiv till närstående. Att sitta vid sidan om och, enligt dem, inte göra någonting upplevs som påfrestande (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001; Svedlund & Danielsson, 2003).

Specifikt i Worrall-Carter, Jones och Driscoll (2005) är att kvinnorna inte direkt uttrycker stöd som en central del i återhämtningen efter hjärtinfarkt. Däremot framkommer det tydligt i intervjuerna, att det känns bra att närstående finns där för dem ”att veta att de var där och verkligen ville vara där” (s 217) och att även de känner sig överbeskyddad av närstående.

Två studier (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005) utmärker sig när det gäller behov av stöd. I dessa framkommer ett behov av att möta och samtala med andra som drabbats av hjärtinfarkt. Det stödet beskrivs som unikt och ger kvinnorna både en tillfredsställelse och bekräftelse som de anser är viktig för rehabilitering. Samtalen med andra drabbade av hjärtinfarkt ger tillfälle till att jämföra symtom och upplevelser och kunna ge varandra råd.

”I was in the hospital and there was a lady that came to talk to me. She was a younger lady that had a heart attack a year before. A CCU nurse had arranged this meeting. She visited for about a half an hour and explained to me how it went for her. She came to talk to me and I felt like she knew what I was going through” (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003. s 20).

Förutom stöd från närstående behöver kvinnorna även stort stöd från sjukvården för att kunna möta vardagen igen efter hjärtinfarkten. Ett bristande stöd leder till en ökad osäkerhet, framför allt när de kommer hem från sjukhuset. Majoriteten av kvinnorna uttrycker att informationen de får om exempelvis livsstilsförändringar är för generell och att, istället för att vara stöttande leder informationen till en ökad osäkerhet inför framtiden (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Det är av vikt att få information både skriftlig och muntlig eftersom informationen ofta upplevs som överväldigande, vilket lämnar kvinnorna med många funderingar som de upplever sig ha svårt att verbalisera. Utmärkande är att kvinnorna upplever det lättare att tala med, och få kontakt med hjärtsjuksköterskan än med läkaren (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005).

”She (nurse) was so 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” (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005. s 397).

Johansson, Dahlberg och Ekebergh (2006) menar att kvinnorna upplever informationen som bra men att den är svår att ta till sig och att de inte ser hur informationen skulle kunna hjälpa dem främja sin hälsa. En kvinna uttrycker att: *”Det var inget fel på informationen, men som patient var jag kanske inte mottaglig vid den tidpunkten”* (Johansson, Dahlberg & Ekebergh 2006. s 71).

Att inte bli tagen på allvar

I McSweenay, Lefler och Crowders (2005) studie beskriver kvinnorna en frustration och ilska över att inte bli tagna på allvar i vården. Första kontakten med sjukvården i samband med hjärtinfarkten är för många kvinnor allt annat än positiv. Flera kvinnor

upplever att den första kontakten är påfrestande till den grad att de inte vill söka vård igen, oavsett hur de mår. Många kvinnor söker vård för att de känner att något har varit allvarligt fel och får höra att de har ångest eller lider av depression. Kvinnorna känner sig motarbetade av sjukvården vilket skapar tvivel och känslor som, ”vad är det jag känner” (McSweeney, Lefler & Crowder, 2005). Dessa tvivel grundar sig i en rädsla att bli bortgjord i sjukvården och att vara en belastning (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001). Även i Sutherland & Jensen (2000), Johansson, Dahlberg & Ekebergh (2003), Johansson, Dahlberg, Ekeberghs (2006) studier redogör många kvinnor hur de känner sig misstrodda eller nonchalerade av sjukvården.

”You just read too much, there’s nothing wrong.” I said, “Well, I just sat here-wasted my time and yours, too. I think I must be going crazy”
(McSweeney, Lefler & Crowder 2005. s 52).

Johansson, Dahlberg och Ekebergh (2006) beskriver vidare hur kvinnorna känner att de förlorar sin autonomitet, sitt självbestämmande i vården men upplever att vårdpersonalen ska ha expertisen för att kunna se hur de mår. Trots att kvinnorna är tydligt missnöjda med vården kan de ändå känna att de blivit väl omhändertagna.

En kvinna berättar om skillnaden när hennes man sökte vård för liknande symtom. I makens fall påbörjades en utredning om eventuell hjärtinfarkt med en gång. När hon sökte fick hon istället ett recept på ångestdämpande medicin (McSweeney, Lefler & Crowder, 2005).

”My husband hade some chest pains and went down there (clinician’s office) and no questions asked, first thing they did was run an ECG on him. I go down there and say I’m hurting here and I can’t breath and the first thing that is told to me is “You’re suffering from anxiety”
(McSweeney, Lefler & Crowder 2005. s 52).

Att förstå det överkliga

Det finns en generell bild hos kvinnorna att en hjärtinfarkt innebär en outhärdlig bröstsmärta (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001). Kvinnorna upplever ofta konkreta, starka symtom, att något är fel, men eftersom de inte kan koppla dessa symtom till hjärtinfarkt söker de inte heller vård. Föreställningen om hur en hjärtinfarkt bör se ut är djupt förankrad till den grad att kvinnorna aldrig kan tro att de själva kan drabbas. Även de kvinnor som upplever bröstsmärta, som enligt dem själva är det klassiska symtomet på hjärtinfarkt, tar de inte sina symtom på allvar.

”Thought I was getting old. Thought it was the flu. Wasn’t that sick. I was just in denial” (McSweeney, Lefler & Crowder, 2005. s 51).

Kvinnorna beskriver en konflikt mellan vad de känner till om hjärtinfarkt och det de går igenom i samband med sin hjärtinfarkt (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; McSweeney, Lefler & Crowder, 2005). Av den anledningen är det vanligt att kvinnorna ignorerar eller relaterar symtomen till andra orsaker som till exempel åldrandet, matsmältningsproblem, rökning eller kroppsstorlek och därmed avvaktar med att söka

vård (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005; McSweeney, Lefler & Crowder, 2005; Worrall-Carter, Jones & Driscoll, 2005; Albarran, Clarke & Crawford, 2006).

”At first I thought it was heartburn, so I took Zantac. The pain in my arm was there for a while, so I thought it was just bursitis. Then I thought I must be going through the changes of life because I was having night sweats and getting short of breath” (Dorian-Mallet & Meagher-Stewart, 2003. s 18).

Upplevelser av överklighetskänslor och frustration är vanligt vid diagnostisering av kvinnornas hjärtinfarkt. De upplever att de har levt ett bra liv utan att exempelvis röka eller äta osund mat och kan inte förstå hur de har kunnat få en hjärtinfarkt (Sutherland & Jensen, 2000; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005; Worrall-Carter, Jones & Driscoll, 2005; Albarran, Clarke & Crawford, 2006).

Förändrad livssituation

Att uppleva framtiden som förändrad

Tankar om döden är ett framträdande tema i flera av studierna. När kvinnorna drabbats av hjärtinfarkt upplever många att döden blir mer påtaglig vilket skapar osäkerhet. I och med att hjärtinfarkten påverkat dem mycket både fysiskt och psykiskt vet kvinnorna inte hur de mår från dag till dag. Detta leder i sin tur till att kvinnorna inte vågar planera inför framtiden på samma sätt som tidigare. Kvinnorna hade efter hjärtinfarkten en uppfattning om att livet skulle bli som vanligt efter hemgång men upplever istället en stor förändring. En del av osäkerheten grundar sig i en rädsla över att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Trots att osäkerheten präglar kvinnornas vardag beskriver många att de ser på framtiden med tillförsikt och ett nytt självförtroende. Även en känsla av tacksamhet inför livet och att kunna uppskatta de små sakerna i vardagen framträder i kvinnornas berättelser (Sutherland & Jensen, 2000; Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001; Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003; Dorion-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Svedlund & Danielsson, 2003; Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2006).

”I try to do more things and take more care of life than before. Not in the beginning, then I didn’t dare to do anything. I was very afraid and worried too much, but now, kind of...I want to do something meaningful, I wanna do things now, so I’ve started painting now and then I joined qigong” (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003. s 58).

Att uppleva kroppen som förändrad

Vid hjärtinfarkt upplever många kvinnor att kroppen och identiteten förändras. Till skillnad från tidigare har kvinnorna inte längre samma kontroll över sin kropp och ser den som en begränsning i vardagen vilket skapar osäkerhet och skamkänslor (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2006). Tidigare tog kvinnorna kroppen för given men efter hjärtinfarkten blir kroppen mer påtaglig, något som kan upplevas som skrämmande, ett hot mot existensen, som en kvinna uttrycker det: *”Mitt hjärta är mitt*

liv” (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003s 56). Trots att kroppen anses vara ett hot mot existensen upplevs den även som även mycket värdefullt. Svedlund och Danielsson (2003) beskriver att det finns kvinnor som känner sig så maktlösa över sig själva till den grad att de tvivlar på om livet är värt att leva. En anledning till känslan av maktlöshet är att kvinnorna upplever att det är ett misslyckande att vara sjuk samt att sjukdomen kommer att negativt påverka relationen till familjen. I samma artikel finns det kvinnor som kan acceptera att de inte längre är lika starka som tidigare och att de nu lyssnar på kroppens signaler. Dessa kvinnor beskriver hur hjärtinfarkten leder till en omvärdering av livet och att de hyser stort hopp till framtiden.

Kvinnorna beskriver vikten av att göra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkten men att det är svårt att motivera sig till det av olika anledningar. En del kvinnor börjar redan på väg hem från sjukhuset att planera för hur de ska förändra sitt liv när de kommer hem medan andra kvinnor ser livsstilsförändringarna som något som ligger i framtiden. Gemensamt för kvinnorna är att de har svårigheter att omsätta de rekommenderade livsstilsförändringarna från sjukvården till vardagen (Sutherland & Jensen, 2000; Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005).

“It is so hard to be the sick person. I know I have to make changes. I guess I have overextended myself. I am too active and that is what I need to change. I really need to change my life completely. But how do you slow yourself down?” (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003. s 21).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Analysmodellen litteraturoversikt av kvalitativa artiklar har varit exemplarisk för att beskriva kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. Vi tycker att det är viktigt att ta tillvara på den aktuella vårdforskning som finns. Utifrån det kriteriet hade vi möjligheten att välja mellan kvalitativ eller kvantitativ forskningsmetod. Styrkan i kvalitativa artiklar, och anledningen till att vi valde det är att kvinnorna med egna ord beskriver upplevelser av att drabbats av hjärtinfarkt. Artiklarna vi fann har varit högst relevanta eftersom alla artiklar haft ett patientperspektiv med beskriva upplevelser i fokus. Vi är nöjda med antalet artiklar i litteraturoversikten med den tidsram vi haft.

När vi började analysera artiklarna upplevdes materialet som överväldigande. Det var svårt att få en överblick över innehållet. Av den anledningen valde vi att fokusera på en del av texten i taget och ta ut meningsbärande enheter och skapa subteman av dessa. Därefter blev det enklare att se den röda tråden och skriva en tydlig sammanhängande text. Det som har varit allra svårast i dataanalysen har varit att hitta täckande teman som kunnat beskriva innehållet i subteman. Alla artiklar är publicerade efter år 2000 vilket vi är nöjda med. Anledningen till det är att vi vill kunna omsätta vårt resultat i praktiken när vi börjar arbeta som sjuksköterskor. Därför anser vi att det är viktigt att använda ny forskning som speglar dagens sjukvård och vårdvetenskapens utveckling. Resultatet speglar västerländska kvinnors upplevelser. Detta var inget mål i sig men vi hittade inga

artiklar från vare sig Afrika, Asien eller Sydamerika. Det är synd att det endast är det västerländska perspektivet som representeras. Det hade varit intressant att undersöka hur till exempel afrikanska kvinnor upplever det att drabbas av en hjärtinfarkt. Vi undrar hur stor likheten eller skillnaden hade varit. Vi fann allra flest artiklar från Sverige, något vi är tacksamma för, dels för att det är inom svensk sjukvård vi antagligen kommer att arbeta och kunna påverka. Att få kvinnors perspektiv på svensk sjukvård ger oss en större möjlighet att kunna påverka våra framtida möten med dessa kvinnor.

Resultatdiskussion

I resultatredovisningen beskriver kvinnorna en förförståelse av vad en hjärtinfarkt innebär vilket även framkommer i Sjöström-Strand & Fridlunds (in press) studie. Bröstmärta anses vara ett typiskt symtom som ofta kopplas ihop med bilden av en man som tar sig för bröstet och faller till golvet. När kvinnorna drabbas av hjärtinfarkt kan de inte förstå vad som händer eller koppla symtomen till hjärtinfarkt. Att kvinnor inte förstår vad som händer har vi förståelse för. Under vår sjuksköterskeutbildning upplever vi oss ha blivit matade med föreställningen om att mannen är norm.

Kvinnorna beskriver vidare en rädsla för att förlora sin roll i familjen när de drabbats av hjärtinfarkt. De upplever det svårt att inte kunna utföra hushållsuppgifter som tidigare och att de känner sig värdelösa. Män och kvinnor uppfostras och formas till stor del på grund av vilket kön de föds till, vilket innebär att de antar olika roller och tar på sig olika ansvarsområden i livet (Josefson, 2005). Vi ser ett samband mellan genuskontraktet och kvinnornas upplevelse av förändrad identitet. Kvinnornas roll, som huvudansvarig för hemmet är så djup förankrad i kvinnornas identitet att de inte vet vem de är när ansvaret tas ifrån dem. Av samma anledning har kvinnorna tvivel på att deras familj ens klarar av att sköta ett hushåll. Tanken med att ha patientens livsvärld i fokus innebär att ta hänsyn till patientens liv, hur de lever och vilka specifika behov de har (Dahlberg m.fl., 2003). Av den anledningen är genuskontraktet ett viktigt begrepp för det påverkar män och kvinnor i sitt sätt att vara och uppleva världen, deras livsvärld. Som sjuksköterska är det oerhört viktigt att ta del av begreppet genuskontrakt och vara medveten om hur det påverkar patienten. Av den anledningen bör det vara stora krav på att innehållet i sjuksköterskeutbildningen inte särbehandlar eller sätter människor i fack på grund av kön.

I Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård står det att; målet för sjukvården är förstås att den ska anpassas till varje individ oavsett kön, ålder och sjukdomsbild så att varje patient vid varje enskilt tillfälle får den bästa behandlingen utifrån sina förutsättningar. Detta innebär inte att män och kvinnor nödvändigtvis alltid gagnas av samma behandling. Jämlikhet är inte alltid synonymt med likhet, åtminstone inte när det gäller diagnostisk och behandling (Socialstyrelsen s 18, 2008).

I resultatredovisningen framkommer det att kvinnorna upplever sig vara försummande och inte får tillräckligt med stöd från sjukvården. En fråga som vi ställt oss är, vad sjukvården är till för och vad har sjuksköterskan för huvuduppgift? I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005, sid. 11) står det bland annat att sjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Som sjuksköterska är det en

utmaning att kunna ge individanpassade vård. Dahlborg-Lyckhage (2003) beskriver i sin avhandling svårigheter som sjuksköterskor upplever är bland annat att hinna med omvårdnaden. För att kunna vara den spindel i nätet som sjuksköterskan förväntas vara och hinna med läkarens ordinationer och organisationens administrativa krav, blir sjuksköterskans huvudansvar, omvårdnaden, minst prioriterad. Vi anser, liksom Dahlborg-Lyckhage att organisationen har ett ansvar och påverkar, men att vi inte får glömma sjuksköterskans eget ansvar att aktivt arbeta utifrån ett vårdvetenskapligt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005).

Praktiska implikationer

Vi är övertygade om att det måste ske förändringar i sjuksköterskeutbildningen för att fler kvinnor med hjärtinfarkt ska känna sig rättvist behandlade och få en bra vård. Det är under utbildningen det finns möjlighet att påverka kommande vårdpersonal. Vi önskar en förändring i sjuksköterskans grundutbildning, dels i litteraturen men även på innehållet i föreläsningar. Ord som atypiska och typiska symtom förstärker förutfattade meningar som är bundna till kön och inte till människa.

Wiklund (2003) beskriver svårigheter att integrera vårdvetenskaplig teori med praktiskt handlande. En viktig anledning till det menar hon är att det finns brister i kommunikationen mellan vårdare och forskare. Vi kontaktade Annelie Johansson (Personlig kommunikation, e-postkontakt, 7 maj, 2008), doktorand i vårdvetenskap och anställd vid Högskolan i Skövde. Hon skriver en doktorsavhandling i ämnet kvinnor och hjärtinfarkt och två av hennes studier använder vi i vår litteraturöversikt. Vi undrade bland annat hur hon integrerar sin forskning i sjuksköterskeundervisningen? Hon svarade att hon använder den i undervisningen där det passar in, men att hon främst håller på med forskning. Annelie menar vidare att sjuksköterskan måste bli mer självkritisk och fundera över hur vi lyssnar och bemöter de kvinnor som söker vård.

Vi önskar att sjuksköterskeutbildning mer tar tillvara på och integrerar vårdforskning, dels i form av gästföreläsningar, där aktuella och intressanta ämnen belyses och blir en del i undervisningen. Genom att ta del av aktuell forskning under hela utbildningen är vi övertygade om att även blir en självklarhet att ta del av i arbetet.

REFERENSER

- Albarran, J., Clarke, B. & Crawford, J. (2006). "It was not chest pain really, I can't explain it!" An exploratory study on the nature of symptoms experiences by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1292 – 1301.
- Dahlberg, K, Segesten, K, Nyström, M, Suserud, B-O, Fagerberg, I (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2003). "System konstruktion och mumifiering i TV serier och studenters föreställningar (akad.avh.). Göteborgs universitet, institutionen för vårdpedagogik, Göteborg.
- Doiron-Maillet, N. & Meagher-Stewart, D. (2003). The uncertain journey: Women's experiences following a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 13(2), 14 – 23.
- Friberg, F. (red). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Granheim, U. H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 24, 105-112
- Hirdman, Y. (2003). *Genus – om det stabilas föränderliga former*. Malmö: Liber
- Hjärt-lungfonden (2004). "Hjärtinfarkt." En temaskrift från hjärt-lungfonden. Hämtad 2008-04-02: <http://www.hjart-lungfonden.se/>
- Hjärt-lungfonden (2008)."Kvinnors hjärtan och lungor." En temaskrift från hjärt-lungfonden. Hämtad 2008-04-02: <http://www.hjart-lungfonden.se/>
- Johansson, A., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2(3), 229 – 236.
- Johansson, A., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (2006). The meaning of participation in the process of health and care – women's experiences following a myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on health and well-being* 1(2), 63 – 77.
- Josefson, H. (2005). *Genus – hur påverkar det dig?* Stockholm: Natur och kultur.
- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2005). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of clinical nursing* 16, 391 – 401.

- McSweeney, J C., Lefler, L. & Crowder B F. (2005). What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Progress in Cardiovascular Nursing* 20(2), 48 – 57.
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Kroppens fenomenologi*. Första upplagan, andra tryckningen. Göteborg: Daidalos AB.
- Nationalencyklopedin, 2008-05-03,
http://ne.se.lib.costello.pub.hb.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O260200&i_word=norm
- Sjöström-Strand, A. & Fridlund, B. (2007). Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. Article in Press, Corrected Proof – Note to user. Hämtad 2008-05-05:
http://www.sciencedirect.com.lib.costello.pub.hb.se/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7T-4PK8MRV-1&user=646739&rdoc=1&fmt=&orig=search&sort=d&view=c&acct=C000034758&version=1&urlVersion=0&userid=646739&md5=fa9e76552c6a63b58f16b97f4616000d
- Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. 2008-05-06: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Socialstyrelsen (2008). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/C30205DC-1B0C-4222-82BC-8470EDDD6D43/10029/20081028.pdf> .–
- Sutherland, B. & Jensen, L. (2000). Living with change: elderly women's perception of having a myocardial infarction. *Qualitative health research* 10(5), 661 – 676.
- Svedlund, M., Danielsson, E. & Norberg, A. (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 197 – 205.
- Svedlund, M. & Danielsson, E. (2003). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of clinical nursing* 13, 438 – 446.
- Sveriges kommuner och landsting (2007). (O)jämsliddhet i hälsa och vård - en genusmedicinsk kunskapsöversikt,
http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39045_1.pdf
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

BILAGA 1

	Perspektiv (vårdvetenskapliga eller andra teoretiska perspektiv)	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: "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</p> <p>Författare: John W Albarran, Brenda A Clarke & Jenny Crawford</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2007</p>	Kvalitativ studie med patientperspektiv.	<p>Problem- Patienterna har en specifik bild av hjärtinfarkt. Deras symtom stämmer ej med denna, leder till att patienterna ej tar symtom på allvar och underskattar risken att drabbas av hjärtinfarkt. Det är i större grad kvinnor som underskattar risken av att drabbas.</p> <p>Syftet är att undersöka vilka symtomen som uppträds av kvinnor innan och under en hjärtinfarkt.</p>	<p>12 kvinnor (48-78 år) i England deltar i en semistrukturerad intervju på sjukhuset.</p> <p>Öppningsfråga: Hur känner du angående det som hänt dig?</p> <p>Dataanalys enligt Miles och Hubermans metod där fynden sammanfattas på ett översiktligt sätt som innehåller de centrala fynden. Fynden kallas sedan.</p> <p>Key words: cardiac symptoms, chest pain, coronary heart disease, myocardial infarction, women.</p>	<p>Tre teman. Kvinnorna upplevde symtom men kunde ej koppla till hjärtinfarkt. Skyllde på annat såsom kroppsvikt, andra sjukdomar osv. Beskriver mer diffusa symtom som illamående, ont i nacken, käken men inte bröstsmärta. Svårigheter att beskriva smärtan. Kvinnorna hade en annan bild av hur en hjärtinfarkt skulle vara. Kvinnorna sökte ej sjukvård med en gång, rädsla för söka i onödan. Trodde ej att just de kunde drabbas av en hjärtinfarkt för att de lever sunt och att det drabbar andra.</p>
<p>Titel: The uncertain journey: Women's experiences following a myocardial infarction.</p> <p>Författare: Nancy Doiron-Maillet & Donna Meagher-Stewart</p> <p>Tidskrift: Canadian Journal of Cardiovascular Nursing.</p> <p>Årtal: 2003</p>	Kvalitativ studie med patientperspektiv. Feministiskt perspektiv.	<p>Problem- finns få studier som utgår enbart från kvinnors upplevelser av hjärtsjukdom, de flesta är jämförelsestudier. Det finns olikheter mellan könen i symtom men ändå dras slutsatser kring kvinnors upplevelse utifrån mannens. Saknade studier på kvinnor under 61 år som upplevt en hjärtinfarkt.</p> <p>Syftet är att undersöka yngre kvinnors upplevelser av processen av att återhämta sig efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>8 kvinnor (33 – 61 år) i Kanada.</p> <p>Key words: women and heart disease, myocardial infarction, uncertainty, cardiac rehabilitation.</p>	<p>5 teman. Konflikt mellan vad kvinnorna visste om hjärtinfarkt och det de kände. Brist på information från sjukvården som leder till ökad osäkerhet. överklighetskänslor, förstår inte hur de kunna drabbats av hjärtinfarkt. Känsla av att förlora kontrollen över kroppen. Förändrad identitet. Osäkerhet inför framtiden. Strategier för att återfå kontroll. Stort behov av stöd efter hjärtinfarkten, från närstående och andra drabbade. Brist på stöd från sjukvården.</p>
<p>Titel: Living with experiences following a myocardial infarction</p> <p>Författare: Annelie Johansson, Karin Dahlberg & Margaretha Ekebergh</p> <p>Tidskrift: European Journal of</p>	(Fenomenologisk-epistemologisk studie). Kvalitativ studie med patientperspektiv.	<p>Problem- patienter som drabbats av hjärtinfarkt upplever sämre livskvalitet än generella populationen och kvinnor ännu sämre än män. Tidigare studier beskriver livskvalitet utan att belysa upplevelsen efter en hjärtinfarkt. Kvinnors upplevelser finns ej</p>	<p>8 kvinnor i Sverige. Semistrukturerade intervjuer. Fenomenologisk dataanalys.</p> <p>Dataanalysen</p> <p>Key words: coronary heart disease, lifeworld, reconciliation, caring.</p>	<p>5 teman. Döden blir mer påtaglig. En omvärdering av livet. Förändrad kroppsbild, kan ej ta kroppen för given längre, ökad osäkerhet. Förlorat sin styrka, vardagen blir begränsad. Behöver stöd. Saknar stöd från närstående från närstående och sjukvård. Vikten av att bli sedd som individ i sjukvården. För allmän information från</p>

Cardiovascular Nursing Årtal: 2003		tillräckligt representerad i forskningen. Syftet är att utforska kvinnors upplevelser att drabbas av en hjärtinfarkt.		sjukvård. Omvärdering av livet. Lära sig leva med osäkerheten. Ny hoppfull syn på framtiden.
Titel: The meaning of participation in the process of health and care – women's experiences following a myocardial infarction. Författare: Annelie Johansson, Karin Dahlberg & Margaretha Ekebergh. Tidskrift: International Journal of Qualitative Studies on health and well-being Årtal: 2006	Kvalitativ studie med patientperspektiv. Fenomenologisk-epistemologisk studie. Reflekterande livsvärldsperspektiv.	Problem- kvinnor mår generellt sätt sämre än men efter en hjärtinfarkt. Lågt deltagande för kvinnor i hjärtrehabiliteringsprogram, kanske för att de inte är anpassade för kvinnors behov. För lite uppmärksamhet riktas ut ett kvinnoperspektiv i vården. Saknar ett patientdeltagande i sjukvården. Syftet är att utforska kvinnors upplevelser av vård och hälsa i samband med hjärtinfarkt med ett fokus på upplevelsen av att delta.	8 kvinnor (45-65 år) i Sverige. Öppna intervjuer mellan 1 och 3 månader efter sjukhusvistelsen. Fenomenologisk dataanalys.	4 teman. Känsla av att förlora kontrollen över kroppen. Osäkerhet och svårigheter att leva med en förändrad kropp. Strävan efter leva som innan, vara lika stark som tidigare. Kan inte längre lita på kroppen. Ej bli tagen på allvar i vården men känner sig beroende av sjukvårdens kunskaper. Vill ej vara en belastning. Ny relation till kropp och hälsa. Känner sig övergivna av vården, får ej svar på existentiella frågor. Svårt att delta i sin egen rehabilitering.
Titel: Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. Författare: Marja-Leena Kristofferzon, Rurik Löfmark & Marianne Carlsson. Tidskrift: Journal of Clinical Nursing. Årtal: 2005	Kvalitativ studie med patientperspektiv.	Problem- Att få hjärtinfarkt är traumatiskt och påverkar patientens välbefinnande under en lång tid. Få studier undersöker både män och kvinnors upplevelser av att drabbas och förvånansvärt lite forskning finns på mäns upplevelser. Syftet är att utforska hur män och kvinnor upplever det dagliga livet efter hjärtinfarkt. Fokus ligger på problem, hantering av problem och stöd från det sociala nätverket.	20 kvinnor (47-88 år) (19 män). Semistrukturerade intervjuer. 4-6 månader efter hjärtinfarkten. Kvalitativ dataanalys inspirerad av Granheim och Lundman. Män och kvinnor analyserades separat. Keywords: content analysis, experiences in daily life, gender, myocardial infarction, nursing, social support.	3 teman. Upplever en förändrad kropp och känslor av osäkerhet och problem med att följa sjukhusets råd. Kvinnorna hade svårt att känna igen symtom och kunde inte tro att de drabbats. Upplever stöd från närstående och överbeskydd. Känner stort stöd från hjärtrehabiliteringsgruppen. Det finns en strävan efter att få tillbaka det livet de hade innan hjärtinfarkten.
Titel: What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. Författare: Jean C McSweeney, Leanne L Lefler & Beth F Crowder Tidskrift: Progress in Cardiovascular Nursing Årtal: 2005	Kvalitativ studie med patientperspektiv.	Problem- Hjärtinfarkt är en vanlig dödsorsak bland både män och kvinnor. En orsak att kvinnor har en högre dödlighet av hjärtinfarkt än män är för att de har svårt att känna igen sina symtom, och även när de söker vård tar det lång tid innan de får en diagnos. Syftet är att undersöka kvinnors diagnos	40 engelsktalande kvinnor (27-79år) 2 intervjuer. Första gjordes i hemmet och majoriteten av den andra intervjun gjordes på telefon. Initiala djupgående etnografiska intervjuer med ett holistiskt synsätt. En öppningsfråga, där kvinnorna fick berätta hur livet varit	5 teman. Kvinnorna känner att något är fel men kan inte koppla symtomen till hjärtinfarkt. Upplever lång process innan de får diagnos. Blir inte tagna på allvar av sjukvården, känner ilska och orättvist behandlade. Undviker kontakta sjukvården igen, rädda för att bli bortgjorda.

		upplevelser under och efter hjärtinfarkten.	sen hjärtinfarkten. Keywords:	
<p>Titel: Living with change: elderly women's perception of having a myocardial infarction. Författare: Bernice Sutherland & Louise Jensen. Tidskrift: Qualitative Health Research. Årtal: 2000</p>	Kvalitativ studie med patientperspektiv.	Problem- hjärtsjukdomar ökar med åldern och hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken för kvinnor i Canada. Trots det finns det få studier gjorda på äldre kvinnor. Syftet är att undersöka och beskriva äldre kvinnors 70+ intryck av att drabbas av hjärtinfarkt.	11 kvinnor (70-85år) Bandinspelade intervjuer i hemmet. Öppen intervju med, öppningsfråga och avslutningsfråga. Kvalitativ dataanalys inspirerad av (Miles & Huberman, 1994)	Upplever att kroppen blir förändrad. Kan inte förstå vad som händer och kopplar sina symtom till andra sjukdomar. Upplever en ilska, att de levtt ett bra liv och förstår inte hur de kan drabbas av hjärtinfarkt. Oroar sig över hur närstående mår och känner att de blir överbeskyddade av dem. Ser ljusst på framtiden, tycker att hjärtinfarkt fört med sig en ny positiv attityd till livet.
<p>Titel: Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. Författare: Marianne Svedlund, Ella Danielsson & Astrid Norberg. Tidskrift: Journal of Clinical Nursing. Årtal: 2001</p>	Kvalitativ studie med patientperspektiv	I jämförelse med män, väntar kvinnor längre innan de söker vård för hjärtinfarkt. Kvinnor har skuld känslor i samband med sjukdomen, blir oftare deprimerade än män. Majoriteten med studier görs på män, ur en medicinsk aspekt. Fortfarande finns få studier om kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt. Syftet är att belysa kvinnors levda erfarenheter av att drabbas av akut hjärtinfarkt.	10 kvinnor, yngre än 60 år. Öppna intervjuer med en gemensam öppningsfråga "hur upplevde du din hjärtinfarkt"? Därefter uppmuntrades kvinnorna att berätta fritt om upplevelsen att vara sjuk. Fenomenologisk – hermeneutisk dataanalys inspirerad av Ricoeur's metod. Keywords: acute myocardial infarction, communication, guilt, interviews, shame, women, nursing care.	Upplever det svårt att inte orka vara lika stark och ta hand om familjen och hushållet längre. Kan inte kontrollera kroppen som tidigare, skäms över att vara sjuk. Har mycket överklighetskänslor, lever i en osäkerhet och är rädda för att drabbas av en till hjärtinfarkt. De döljer hur de mår för att inte oroa närstående. Värdesätter livet och vardagen mer efter hjärtinfarkten.
<p>Titel: Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. Författare: Marianne Svedlund & Ella Danielsson. Tidskrift: Journal of Clinical Nursing. Årtal: 2003</p>	Kvalitativ studie med patient - och anhörig perspektiv	Studier visar att patienter och deras familjer upplever att familjelivet påverkas av hjärtinfarkten. Vanliga känslor är sorg och oro. I flertalet tidigare studier har mannen varit patienten och kvinnan partnern. Syftet är att belysa levda erfarenheter i det dagliga livet efter hjärtinfarkten, av både patienten och maken.	9 patienter och deras partner intervjuades 3-12 månader efter hjärtinfarkten. Männerna och kvinnorna intervjuades separat i hemmet. Öppna frågor om parets dagliga liv efter hjärtinfarkten. Fenomenologisk – hermeneutisk dataanalys inspirerad av Ricoeur's metod. Keywords: communication, couple, discordance, loneliness, phenomenological hermeneutic, relationship	Kvinnorna upplever att de vill ha stöd hemifrån med tycker att de blir överbeskyddade av sina makar. Känner att det är jobbigt att inte vara lika stark längre och klara av saker de tidigare gjorde. Döden är mer påtaglig och de lever med en ständig osäkerhet. Uppskattar livet mer, och kan se till de små sakerna i vardagen. Männerna upplever rädsla över att deras maka ska få ännu en hjärtinfarkt. Även en ilska över att kvinnorna inte lyssnar på dem när de säger att de ska lugna ner tempot hemma.

<p>Titel: The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction.</p> <p>Författare: Linda Worrall-Carter, Tamsin Jones & Andrea Driscoll.</p> <p>Tidskrift: Contemporary Nurse.</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Kvalitativ studie med patientperspektiv.</p>	<p>Problemet är att det finns lite kunskap om kvinnor och kardiovaskulära sjukdomar och kvinnornas specifika behov. Syftet är att utforska kvinnors upplevelser och anpassning efter deras första hjärtinfarkt.</p>	<p>6 kvinnor. Semi-strukturerade intervjuer, där kvinnorna berättar om sina upplevelser av hjärtinfarkten, både före och efter.</p>	<p>Förstår inte och förnekar vad de känner och söker därför inte vård. Efter hemgång ökar kvinnornas känslor av osäkerhet. Känner sig överbeskyddade.</p>
---	---	---	---	---