

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2009:49

Kvinnors upplevelser av och förhållningsätt
till symtomen vid hjärtinfarkt

Ellinor Borén
Åsa Hansson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

| | |
|-------------------|---|
| Uppsatsens titel: | Kvinnors upplevelser av och förhållningssätt till symtomen vid hjärtinfarkt |
| Författare: | Ellinor Borén, Åsa Hansson |
| Ämne: | Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad |
| Nivå och poäng: | Kandidatnivå, 15 högskolepoäng |
| Kurs: | SSK28B |
| Handledare: | Clary Berg |
| Examinator: | Eva Persson |

Sammanfattning

Hjärtinfarkt är den huvudsakliga dödsorsaken världen över. Forskning visar att kvinnor får en sämre vård och behandling än män och att kvinnor söker vård i ett senare skede än vad män gör. Syftet med denna uppsats är att beskriva kvinnors upplevelser av symtom och hur de förhåller sig till symtomen då de drabbats av hjärtinfarkt. Metoden är en litteraturstudie med kvalitativ innehållsanalys enligt en modell av Lundman och Hällgren Granheim (2008, s. 159). Resultatet redovisas i två huvudkategorier med respektive underkategorier. Huvudkategorierna är: *kvinnornas beskrivningar av symtom vid hjärtinfarkt* och *kvinnornas upplevelser av och förhållningssätt till symtomen*. Underkategorierna till kvinnornas beskrivningar av sina symtom visade att kvinnorna upplevde symtom som *smärta, dyspné, trötthet* och *förändrad kroppstemperatur*. Smärtan tog sig i uttryck på många olika vis, den kunde för kvinnorna upplevas som svårdefinierad och beskrevs exempelvis av vissa kvinnor som en kramp. Underkategorier till kategorin kvinnornas upplevelser av och förhållningssätt till symtomen var: *förknippas ej med hjärtinfarkt, förnekelse* och *prioriterar inte sig själv i första hand*. Avslutningsvis i uppsatsen diskuteras det faktum att om inte vårdpersonalen har kunskap om kvinnors symtom vid hjärtinfarkt kan det ej heller förväntas att kvinnan själv ska känna igen sina varningssymtom och söka professionell hjälp. Tre centrala anledningar till varför kvinnor inte söker vård är okunskap, förnekelse och att de på grund av kulturella sammanhang ej prioriterar sig själva i första hand. Det finns ett behov av kunskap och ökad förståelse från vårdpersonal vid bemötandet av kvinnor som påvisar symtom relaterade till akut hjärtinfarkt.

Nyckelord: *Kvinnor, upplevelse, hjärtinfarkt, symtom.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Fakta och könsaspekter om hjärtinfarkt | 1 |
| Genus | 2 |
| Mannen är norm | 2 |
| Vårdpersonalens kunskaper om kvinnors symtom vid hjärtinfarkt | 2 |
| Kvinnors omedvetenhet om risken att drabbas av hjärtinfarkt | 3 |
| Subjektiv kropp | 3 |
| Lidande | 4 |
| Sjuksköterskans ansvar | 4 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 5 |
| SYFTE | 5 |
| METOD | 5 |
| Datainsamling | 5 |
| Datamaterial | 6 |
| Dataanalys | 6 |
| RESULTAT | 6 |
| Kvinnornas beskrivningar av symtom vid hjärtinfarkt | 7 |
| Smärta | 7 |
| Dyspné | 7 |
| Trötthet | 8 |
| Illamående | 8 |
| Påverkad kroppstemperatur | 8 |
| Kvinnornas upplevelser av och förhållningssätt till symtomen | 8 |
| Förknippar ej med hjärtinfarkt | 8 |
| Förnekelse | 9 |
| Prioriterar inte sig själv i första hand | 10 |
| DISKUSSION | 11 |
| Metoddiskussion | 11 |
| Resultatdiskussion | 11 |
| Slutsats | 12 |
| REFERENSER | 13 |
| BILAGA 1 | |

INLEDNING

Vi har valt att studera kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt då tidigare studier visat att kvinnors och mäns symtom kan se olika ut. Eftersom forskningen till största del bedrivits på män har det lett till att kunskapen om kvinnors symtom ej varit och fortfarande inte är lika god som kunskapen om mannens symtombild. Därför anses hjärtinfarkt än i dag vara en manlig sjukdom. Detta leder till att kvinnor får sämre vård enligt Emslie (2005) vilket vi tycker är fel eftersom vården skall vara jämlik och tillfredsställa varje människas individuella behov. I Hälso- och sjukvårdslagen står det att alla har rätt till vård på lika villkor. Det är viktigt för oss som sjuksköterskor att ha kunskap om könsskillnader när vi vårdar för att kunna ge den bästa individanpassade vården till patienten. Det är även viktigt att ha kunskap om kvinnors symtom för att upptäcka tidiga tecken på hjärtinfarkt och kunna handleda patienten i tolkningen av olika symtom.

BAKGRUND

För att få en ökad förståelse för bakomliggande orsaker till att kvinnor och män får olika vård är det enligt Emslie (2005) lämpligt att titta på hur tidigare forskning sett ut, om vad vårdpersonalen har för kunskaper och om kvinnors medvetenhet om risken att drabbas. Att även titta på kulturella kontexter är viktigt för att förstå varför kvinnors situation vid hjärtinfarkt ser ut på ett visst sätt.

Fakta och könsaspekter om hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt innebär en lokal vävnadsdöd i hjärtats kranskärl på grund av tilltäppning av blodpropp eller åderförkalkning (Lindskog, 2004). Hjärtkärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken världen över Emsli (2005) refererar till Världshälsoorganisationen. Swahn och Schenck-Gustavsson (2009) refererar till Socialstyrelsens dödsorsaksregister som angav att hjärtkärlsjukdom var den primära dödsorsaken år 2002 och denna siffra var lika stor hos kvinnor som hos män i Sverige. I övriga Europa är dödsorsaken hos både kvinnor och män i drygt hälften av fallen hjärtkärlsjukdomar. Riskfaktorer för att drabbas av hjärtkärlsjukdom är ålder, rökning, diabetes, ärftlighet, högt blodtryck, fettrik mat med lite fibrer och fysisk inaktivitet (Hart, 2005).

Myten om att hjärtkärlsjukdomar skulle vara en manlig sjukdom existerar än i dag. (Hart, 2005). Enligt Emsli (2005) har tidigare studier på patienter med hjärtinfarkt till största del bedrivits på män och forskningen har inte tagit hänsyn till kvinnans specifika symtom. Denna könsneutralitet har lett till mindre effektiv vård för kvinnor i förhållande till mannen. Trots att det i dag finns studier som inkluderar både män och kvinnor finns ändå inte tillräcklig forskning som tar hänsyn till de specifika skillnaderna mellan könen när det gäller hjärtkärlsjukdomar, och därför menar Emslie (2005) att ett behov finns av att jämföra skillnader. Att hjärtkärlsjukdomar tidigare ansågs vara en manlig sjukdom har lett till att inte bara den professionella vården, utan även nya forskare inom området anser kvinnor vara en lägre riskgrupp för hjärtkärlsjukdomar. Detta har i sin tur lett till att de manliga behoven till större del blivit tillgodosedda och

om kvinnan blivit diagnostiserad har hon blivit det i ett senare skede än mannen och då dessutom fått sämre utredning, behandling och rehabilitering (Lockyer & Bury, 2002).

Genus

Strömberg och Eriksson (2006) refererar till Stoller (1968) som på 1960-talet definierade det biologiska och det sociala könet. Det sociala könet präglas av kultur och yttre påverkan. Genus handlar således om manliga och kvinnliga egenskaper, varför vi har dem och var de kommer ifrån. En central fråga i genusforskningen som Strömberg och Eriksson (2006) beskriver är hur makt skapas utifrån olika socialt konstruerade strukturer. Genusforskningen handlar om hur människors liv organiseras och vad det får för konsekvenser då det gäller makt, etnicitet och sexualitet.

Två teorier om orsaker till varför män och kvinnor är socialt olika är särartsteorin och likhetsteorin. Särartsteoretikerna hävdar att manliga och kvinnliga egenskaper skulle vara medfödda och ligga i våra gener medan likhetsteoretikerna menar att våra egenskaper är ett resultat av yttre påverkan, att vi formats utifrån det samhälle och den kulturella kontext vi lever i. Ett motargument till särartsteorin är att kvinnor kan besitta manliga egenskaper och män kan ha kvinnliga egenskaper. Enligt Josefson (2005) finns det dessutom ingen forskning i dag som bevisar genetiska skillnader som yttrar sig socialt mellan kvinnor och män.

Ett begrepp inom genusvetenskapen är genusordning. Strömberg och Eriksson (2006) refererar till Göransson (1988) och menar att detta innebär en uppdelning av olika egenskaper där de manliga ofta värderas högre än de kvinnliga. Detta leder naturligtvis till sämre förutsättningar för kvinnor på många områden.

Mannen är norm

En genusordning kan även ses i vården och vid vårdandet av patienter, där det manliga sedan länge värderats högre. Enligt Strömberg och Eriksson (2006) är de mest citerade vårdteorierna under 1980-talet skrivna av Amerikanska medelklasskvinnor som grundade sitt tänkande i biologiska skillnader mellan könen och ett särartstänkande. Där var mannen och de manliga egenskaperna mest värdefulla och utgjorde normen för det mänskliga. Florence Nightingale, en av grundaren till sjuksköterskeyrket var en stark särartstänkare, vilket till viss del kan förklara den manliga normen i vården idag (Strömberg & Eriksson, 2006).

Vårdpersonalens kunskaper om kvinnors symtom vid hjärtinfarkt

Enligt Lockyer och Bury (2002) har vårdpersonalen mest kunskaper om de manliga symtomen vid hjärtinfarkt, vilket innebär att kvinnans symtom ej blir lika uppmärksammade och tagna på allvar och att kvinnans individuella behov ej blir tillgodosedda. Emslie (2005) anser att mer kvalitativ forskning behövs för att undersöka kvinnans upplevelse av hjärtinfarkt och att tidigare kvalitativa studier har en begränsning eftersom undersökningspersonerna till största del varit män. I stället bör forskning ta hänsyn till könsaspekterna för att förbättra och öka förståelsen i könsskillnader vid hjärtinfarktens symtom och för att förbättra hälsan och livskvalitén

hos både kvinnor och män. Kunskap om könsskillnader i symtom vid hjärtsjukdomar hjälper sjuksköterskan att få en ökad förståelse av kvinnliga patienters symtom och reducerar tidigare stereotypa antaganden om att hjärtsjukdomar är en typisk manlig sjukdom (Emslie, 2005).

Kvinnors omedvetenhet om risken att drabbas av hjärtinfarkt

I en studie av Hart (2005) undersöktes kvinnors kunskap gällande risker att drabbas av hjärtinfarkt. Det visade sig att kvinnorna underskattade risken av att drabbas av hjärtsjukdomar och de ansåg sig inte ligga i riskzonen även när personliga riskfaktorer förelåg. Studien visar att en brist på effektiv kommunikation mellan vårdare och kvinna fortfarande är ett problem. Detta leder till minskad medvetenhet om riskerna och försämrade kunskap om vikten av att leva hälsosamt för att minska risken att drabbas.

I en studie av Miracle (2006) visar det sig att kvinnor söker vård sent. En anledning till detta är att kvinnor ej har kunskap om symtomen och därför inte känner igen dem. Kvinnor kan exempelvis ha influensaliknande symtom som kroppslig värk och utmattning, vilket bidrar till senare sökning eftersom de ej förknippas med hjärtproblem. Enligt Miracle (2006) känner även vissa kvinnor att de ej blivit tagna på allvar vid tidigare läkarbesök och därför helt enkelt ej bryr sig om att söka vidare hjälp.

Subjektiv kropp

Hjärtinfarkt påverkar både kropp och själ. Symtomen kan skilja sig mellan män och kvinnor och således även upplevelserna av dem. Därför är den subjektiva kroppen viktig att belysa då kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt studeras. För sjuksköterskan är det viktigt att ha ett förhållningssätt som utgår från patientens subjektiva upplevelse, det vill säga den subjektiva kroppen.

Vårt liv kommer enligt Merleau-Ponty (1999) från vår kropp. Det är genom den vi lever och uppfattar vår omvärld, utan den står vi utan värld. Människan är således inget objekt.

Skillnaden mellan det subjektiva och det objektiva är ursprungligen identisk med skillnaden mellan medvetandet och föremålen (Grøn, et al., 1988). Människan upplever världen och sig själv genom sin kropp och sitt medvetande, därför är all varseblivning subjektiv. Inom vårdvetenskapen är således subjektiv kropp ett centralt begrepp eftersom uppfattningen om omvärlden och jaget är beroende av kroppens förutsättningar, såväl friska som sjuka (Merleau-Ponty, 1997).

Kroppen är vår ”sköld” mot världen och det som representerar oss utåt. Vi uttrycker oss genom kroppen och låter känslor avspeglas genom exempelvis ansiktsuttryck och gester. Förändring av kroppen kan leda till en annorlunda uppfattning, både av oss själva och av människor i vår omgivning (Liukko, 1996).

Kroppen står för människans upplevelser och människans identitet. Vid sjukdomar påverkas människan både fysiskt och psykiskt (Merleau-Ponty, 1997). Hur kroppen och

självbilden upplevs är avgörande för hur patienten upplever hälsa (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Kroppen kan vid sjukdom kännas främmande då smärtan dominerar situationen och kroppen ter sig annorlunda mot vad den gjort tidigare (Madjar, 1998).

Lidande

Forskning visar att kvinnors mer svårtolkade symptom bidrar till att de i många fall söker vård senare än män (Miracle, 2006). Lidandet hos kvinnor i samband med tidiga symptom vid hjärtinfarkt kan exempelvis vara ovissheten om vad som ger upphov till symptomen. Lidandet kan sjukvårdspersonal till stor del lindra, med patologisk kunskap såväl som kunskap om lidandets olika förlopp.

Vårdvetenskapliga teorier om livsvärld innefattar bland annat begreppen lidande och välbefinnande. Lidande är en brist på välbefinnande. En patient kan emellertid både uppleva lidande och välbefinnande i samma stund, exempelvis kan hon känna glädje men samtidigt lida av en fysisk smärta. Vårdandet går ut på att minska lidandet och öka välbefinnandet hos patienten (Lindholm & Eriksson, 1993). Konsekvensen av sjukdomens symptom samt de problem som sjukdomen orsakar kallas enligt Eriksson (1993) för sjukdomslidande. Sjukdomen och dess symptom kan leda till begränsningar för människan som hindrar möjligheterna till ett fortsatt normalt liv, detta i sin leder tur till en sämre livskvalitet (Eriksson, 1993).

En typ av lidande som kan drabba patienten är vårdlidande. Detta innebär ett lidande som orsakats av vården, eller på grund av en brist i vården (Eriksson, 1994). Vårdlidandet kan exempelvis uppstå i en situation där vårdaren på grund av bristande kunskaper handlar felaktigt vid behandling av patienten. Detta leder således till ett ökat lidande för patienten. Ett tydligt exempel på vårdlidande är lidandet som kan drabba kvinnor vid hjärtinfarkt, då de inte får adekvat behandling som bemöter kvinnans behov. Många gånger är omedvetet handlande och en brist på reflektion orsaken till vårdlidande (Wiklund, 2003). Vårdlidandet är enligt Eriksson (1994) ett onödigt lidande som bör elimineras.

Sjuksköterskans ansvar

För att som sjuksköterska kunna ge den mest optimala vården till kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt, är det viktigt att vara medveten och ha kunskap om skillnader mellan könen vid symptom kopplade till hjärtinfarkt (Emslie, 2005). Att sjuksköterskan känner till att kvinnors symptom inte bara innebär en smärta i bröst eller arm, utan att de kan te sig på många olika sätt, ingår i sjuksköterskans kunskapsområde. Att ha en förförståelse kring varför kvinnor reagerar och agerar som de gör på sina symptom, är viktigt för att kunna undervisa och vägleda kvinnan i hur hon ska reagera på varningssymptomen och hjärtinfarkten.

PROBLEMFÖRMULERING

Forskning visar att kvinnor får sämre vård än män vid hjärtinfarkt (Emslie, 2005). Myten om att hjärtsjukdomar skulle vara en manlig sjukdom kvarstår fortfarande och symtomen hos kvinnor är ej lika väl utredda som hos män. Det råder således en brist på kunskap hos vårdpersonalen gällande kvinnors symtom (Hart 2005). I HSL-lagen står det att alla har rätt till vård på lika villkor. Detta problem hittar vi i all sjukvård där både kvinnor och män vårdas och det är sjuksköterskans ansvar att ha kunskap om detta. Det är viktigt att som sjuksköterska ha insikt i kvinnors reaktioner på sjukdomssymtom för att kunna undervisa och vägleda kvinnan så att hon själv kan känna igen varningssignalerna vid en eventuellt förestående hjärtinfarkt.

SYFTE

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av symtom och hur de förhåller sig till symtomen då de drabbats av hjärtinfarkt.

METOD

Datainsamling

Metoden har varit en litteraturstudie med kvalitativ innehållsanalys. Kravet på de artiklar som söktes var att de skulle vara kvalitativa och grunda sig på intervjuer om kvinnors upplevelser av att ha drabbats av akut hjärtinfarkt. Ingen specifik ålder på kvinnorna valdes utan ett så brett åldersspann på kvinnorna som möjligt efterstävades. Artiklarna söktes i databasen Cinahl där förval med *tillgängligt absrackt* valdes. Artiklar söktes även i Meadline dock utan resultat. Referenslistan i redan tidigare funna artiklar granskades, så kallad sekundärsökning. En artikel hittades genom sekundärsökning, nämligen Women's Narratives: Evolving Symptoms of Myocardial Infarction. Denna artikel hittades genom att i databasen välja liknande referenser från artikeln Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction.

Sökord som använts är *Acute myocardial infarction* som gav 391 träffar, *interwievs* med 19632 träffar och *women nursing care* med 75623 träffar. En kombination av dessa sökord resulterade i 15 artiklar där två artiklar var lämpliga för ämnet: Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction och artikeln Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction.

En annan kombination av sökord var *myocardial infarction* som gav 5755 träffar, *symptoms* med 71836 träffar samt *gender* vilket gav 24827 träffar. En kombination av dessa sökord gav 40 träffar och artikeln Gender and acute myocardial infarction symptoms valdes.

Två andra artiklar användes i resultatet nämligen: "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 och Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative

study. Dessa artiklar hittades genom en kombination av sökorden *myocardial infarction* vilket gav 3487 träffar, *women* som gav 4392 träffar och *symptoms* med 14207 träffar. En kombination av dessa sökord gav 23 träffar.

Datamaterial

För att besvara syftet valdes sex artiklar ut. Se bilaga 1. Alla dessa är vårdvetenskapliga förutom två artiklar som både är medicinska och vårdvetenskapliga. Alla artiklarna grundar sig på intervjuer och beskriver kvinnors egna upplevelser och erfarenheter av att ha drabbats av akut hjärtinfarkt. Sammanlagt har 147 kvinnor deltagit i dessa sex artiklars resultat. Alla artiklar har ett liknande syfte och problem, att tidigare forskning av hjärtinfarkt till stor del exkluderat kvinnor och därför krävs det mer forskning och ökad kunskap för att kunna identifiera kvinnors upplevelser av symtom. Tre av artiklarna är från USA., två är från Sverige och en är från England. Den äldsta artikeln är från 1998 och den senaste är från 2007.

Dataanalys

När resultatenheten insamlats, det vill säga de sex artiklar som var lämpliga att använda för att besvara syftet, användes en modell av Lundman och Hällgren Granheim (2008, s. 159) som beskriver tillvägagångssättet i en kvalitativ innehållsanalys. I artiklarnas resultat togs det som var viktigt och centralt i kvinnornas beskrivningar ut till så kallade meningsenheter som enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008) innebär ord, meningar eller delar av en text som har en viss betydelse. För att få en överblick över meningsenheterna fick varje enhet en egen färg i texten. Dessa meningsenheter delades sedan upp två huvudkategorier med tillhörande underkategorier. Första huvudkategorin var *Kvinnornas beskrivningar av sina symtom* och fick underkategorierna, *smärta, dyspné, trötthet, illamående och påverkad kroppstemperatur*. Den andra huvudkategorin resulterade i *Kvinnornas upplevelser av och förhållningssätt till symtomen* och fick underkategorierna, *förknippar ej med hjärtinfarkt, förnekelse och prioriterar inte sig själv i första hand*.

RESULTAT

Figur 1. Presentation av huvudkategorier och underkategorier

| Huvudkategori | Kvinnornas beskrivningar av symtom vid hjärtinfarkt | Kvinnornas upplevelser av och förhållningssätt till symtomen |
|---------------|---|--|
|---------------|---|--|

| | | |
|----------------------|---|--|
| Underkategori | Smärta Dyspné Trötthet Illamående Påverkad kroppstemperatur | Förknippas ej med hjärtinfarkt Förnekelse Prioriterar inte sig själv i första hand |
|----------------------|---|--|

Kvinnors upplevelser av symtom och hur de förhåller sig till symtomen då de drabbats av hjärtinfarkt redovisas i två huvudkategorier: *Kvinnornas beskrivningar av symtom vid hjärtinfarkt* och *kvinnors upplevelser av och förhållningssätt till symtomen*. För att ytterligare åskådliggöra kvinnornas beskrivningar av symtomen har citat från artiklarna använts.

Kvinnornas beskrivningar av symtom vid hjärtinfarkt

I följande stycke redovisas kvinnors symtom och deras upplevelser av dessa. Smärta, dyspné, trötthet, illamående och påverkad kroppstemperatur var vanliga tidiga och akuta symtom som kvinnorna upplevde i samband med att ha drabbats av hjärtinfarkt.

Smärta

Många av kvinnorna upplevde smärta på ett eller annat sätt. Ett av huvudfynden var att vissa kvinnor ej upplevde smärtan särskilt intensivt. I många fall upplevdes mer en kramp och en känsla av att något inte stod rätt till. Innan kvinnorna sökte för hjärtinfarkten upplevde de exempelvis smärta i bröst, rygg, nacke, överarmar, händer, käke och mage. Det fanns vissa skillnader i huruvida kvinnan hade ont i en eller båda armarna. Smärtan kunde dock upplevas olika och te sig på många olika sätt. Vissa kvinnor beskrev smärta vid andning, smärtan kunde vara trevande, tryckande, direkt, svag, stark, brännande eller dunkande. Kvinnorna upplevde ofta en smärta i ryggen som kunde sprida sig till huvud och tänder. Tandvärken beskrevs ej som vanlig tandvärk utan mer gnagande och hård. Kvinnan upplevde även domningar i armarna som kunde sprida sig till hand och fingrar. (Zuzelo, 2002; Albarran, Clarke & Crawford, 2007). Många kvinnor beskrev att de hade svårt att lokalisera sin bröstsmärta (Albarren et al., 2007). Andra kvinnor upplevde att smärtan förflyttade sig runt i kroppen (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

I didn't really have pain, not what I call pain... I didn't think it was, awful mind... I mean I have had labour pains and that is actual pain but it's the other things what come along with it, like the heaviness and on your chest and discomfort in your back... it's hard to explain (Albarren et al., 2007, s. 1296-1297).

Dyspné

De flesta kvinnorna upplevde problem med andningen i samband med hjärtinfarkten och detta uppkom ofta vid ökad ansträngning (McSweeney, 1998; Zuzelo, 2002; Albarren et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Kvinnorna beskrev att de inte fick tillräckligt med luft i sina lungor, de hade svårt att ta djupa andetag och en kvinna hade problem med andningen då hon pratade. Mer än hälften av kvinnorna upplevde svårigheter med andningen (McSweeney, Cody & Crane, 2001).

I wasn't thinking about whether or not I'm getting enough air. You're just aware that you have shortness of breath! (Zuzelo, 2002).

Trötthet

Ett vanligt symtom kvinnorna beskriver är trötthet. En tid innan de fick hjärtinfarkten upplevde kvinnorna sig själva som tröttare än vanligt och att de hade ett större behov av sömn (Zuzelo, 2002; Albarren et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Lika stort antal kvinnor som upplevde andnöd upplevde en sjuklig trötthet (McSweeney et al., 2001).

Thinking back, I was tired more than usual, I'd get home from work in the afternoon and I wouldn't do anything ... I'd fall asleep for half an hour (Albarren et al., 2007, s. 1296).

Illamående

Kvinnorna beskrev att matlusten påverkades. Några kvinnor hade ingen matlust alls, vissa kunde ej behålla maten och en del kvinnor beskrev även att de hade ständiga gaser i magen innan hjärtinfarkten (McSweeney et al., 2001; Zuzelo, 2002; Albarren et al., 2007). I Albarren et al. (2007) upplevde 10 av 12 kvinnor illamående och kräkningar i den akuta fasen och illamående är därmed ett mycket vanligt symtom.

It was only until after I got in here (hospital) that I was sick. I was vomiting for two days, I think, and that was really agony. I can remember that if nothing else (Zuzelo, 2002).

Påverkad kroppstemperatur

Kvinnorna beskrev att de kunde uppleva en påverkad kroppstemperatur. Detta kunde innebära kalla eller varma svettningar (Zuzelo, 2002; McSweeney et al., 2001). Cirka hälften av kvinnorna beskrev en värmekänsla i samband med hjärtinfarkten (McSweeney et al., 2001).

I broke out in a cold sweat. It was profuse... my hair was soaked and wet (Zuzelo, 2002).

Kvinnornas upplevelser av och förhållningssätt till symtomen

I följande stycke redovisas hur kvinnorna upplevde och förhöll sig till symtomen. I många fall förknippar kvinnor ej sina symtom med hjärtinfarkt och kan i vissa fall förneka sin sjukdom. I de fall då kvinnan levde i en familj tenderade kvinnan att ej prioritera sig själv i första hand.

Förknippar ej med hjärtinfarkt

I många fall förknippade inte kvinnan symtomen till hjärtinfarkt. Detta berodde i många fall på okunskap hos kvinnorna. Flera av kvinnorna såg ej sambanden mellan symtomen

och att något inte stod rätt till med hjärtat (Svedlund et al., 2001; Albarren et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Dessutom trodde många av kvinnorna att symtomen de upplevde berodde på annat än just hjärtat (Zuzelo, 2002; Albarren et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Kvinnorna beskrev att de inte sökte hjälp på grund av diffusa och tillfälliga symtom. Exempelvis sökte inte en kvinna på grund av att hon trodde att det berodde på åldern, att gå till läkare för att få det bekräftat kändes löjeväckande (Albarren et al., 2007).

it never entered my head to mention it because it wasn't pain. I just thought that because I was getting older, I really did, and I thought I'm being silly telling the doctor that (Albarren et al., 2007).

Många av kvinnorna var friska för övrigt och kunde inte alls tro, eller se någon koppling till att de kunde drabbas av hjärtinfarkt (Albarren et al., 2007; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Kvinnorna beskrev att de trodde att symtomen berodde på exempelvis övervikt, ålder, för lite motion och rökning. Vissa av dem hade inte smärta i bröstet och trodde då att det omöjligt kunde handla om hjärtinfarkt (Albarren et al., (2007). Kvinnorna relaterade även symtomen till andra sjukdomar, en kvinna hade exempelvis artros och trodde att bröstsmärtan berodde på detta. Ryggsmärtorna förklarade kvinnorna med förslitning. Många kvinnor blev mycket förvånade när de fick diagnosen hjärtinfarkt, de ansåg att de borde ha känt av symtomen mer och på ett tydligare sätt (Zuzelo, 2002).

... I had this sensation like a blood pressure cuff on my arm, numbness in my left arm. I thought it couldn't be a HA because I'm not that overweight, I walk, I quit smoking, and I felt a little nauseated... (McSweeney 1998, s. 77).

Förnekelse

Ett sätt att hantera situationen var att ignorera symtomen och skylla på andra saker än hjärtat. Kvinnorna försökte bota sig själva på olika sätt och ville inte inse och förstod inte att de kunde vara allvarligt sjuka (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

Kvinnorna beskriver att de tog avstånd från sjukdomen. De vägrade inse att de var sjuka och en brist på insikt i hur allvarlig situationen var fanns hos kvinnorna. De ville vara "normala" och försökte övertyga omgivningen att allt var i sin ordning och de förträngde det faktum att något inte stod rätt till och att fortsatte som om allt var som vanligt, utan att söka hjälp (Albarren et al., 2007).

I used to get a bit of tightness... that was due to smoking...so I cut back...I blame it onto everything..., 'cos I've had a lot of acid, I put it down to my hiatus hernia...it can play me up at odd times and I thought why is this playing me up so much? Maybe I am allergic to bread? I'd been eating a lot of bread...I just thought well I'm a bit too young for anything major. I was trying to stop smoking and I knew I had to do more exercise. (Albarren et al., 2007, s. 1296).

Vissa kvinnor försökte övertala sig själva att det förmodligen var något som inte var relaterat till hjärtat och ingenting att oroa sig för. Många kvinnor försökte vårda sig

själva och trodde att en god natts sömn och lite smärtstillande skulle hjälpa (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

I thought I was having indigestion that night. And I didn't take any over-the counter medicine. I had a little pain up my arms and in my chest, but it wasn't very bad. I went on to bed and still had it for a while but finally went to sleep. I slept till about noon the next day. A friend called and told me to call the doctor as this could be dangerous. I called him and as I was talking to him began to slow my words off a little. He told me "You are having a heart attack." But that time I was getting clammy. And so I called 911. I wasn't in all that much pain. It just was not that severe but it was just constant. After they gave me the nitroglycerin shots I could locate it (pain), and it was hurting underneath my breast bone on the left side (McSweeney, 1998, s. 78).

Även i den akuta situationen förträngde kvinnorna sina symtom och vägrade inse att hjärtinfarkten skulle ha en permanent inverkan på deras liv (Svedlund et al., 2001). Kvinnorna försökte att inte tänka på att något kanske inte stod rätt till förrän det blir helt uppenbart att de måste till sjukhus (Zuzelo, 2002).

I thought I was conscious the whole time. I didn't believe them when they told me I wasn't (Zuzelo, 2002).

Prioriterar inte sig själv i första hand

På grund av omsorg om anhöriga satte inte kvinnan sig själv i första hand utan oroade sig mer för hur situationen skulle påverka familjen. Kvinnorna ville inte att familjen på något sätt skulle vara orolig eller uppleva situationen som jobbig på grund av att hon var sjuk (Svedlund et al., 2001).

Then after the dinner I took my temperature again. It had gone up to 38° C I wondered what I should do, if I should call home and say good night... and if so, say something about the temperature... that might worry him, and make it hard for him to sleep tonight and so on (Svedlund et al., 2001, s. 201).

Kvinnorna kände sig obekväma i att söka hjälp och de befann sig mitt i mellan viljan att behålla kontrollen över situationen och insikten i att de behövde söka vård. Även då kvinnan befann sig på sjukhuset oroade hon sig för hur familjen skulle hantera situationen. Kvinnorna undvek att berätta allt för ingående om sina upplevelser under sjukhusvistelsen och behöll känslor och symtom för sig själva. Vissa kvinnor hade anhöriga som var väldigt oroliga för dem och därför undvek kvinnorna att berätta något för sina anhöriga (Svedlund et al., 2001). Kvinnorna upplevde ett stort ansvar för sina familjer och kände att de inte kunde insjukna och lämna dem ensamma med allt ansvar det innebar. Detta gällde speciellt de kvinnor som hade någon annan sjuk i familj som behövde extra mycket tid (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

In one way, the family is more affected then I, because I cannot manage the same way as before and with follows so much... I still want to live and feel that I can manage, and I think I will. (Svedlund et al., 2001, s. 201).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet av metod ansågs lämplig eftersom kvalitativa studier fokuserar på att studera subjektet. Alla artiklar vi använde oss av svarade på vårt syfte, möjligen kunde någon ytterligare artikel ha använts, men eftersom detta område är begränsat utforskat var det svårt att hitta fler artiklar. En av artiklarna är äldre än tio år, men eftersom kvinnors upplevelser idag och för tio år sedan troligen har mycket gemensamt ansåg vi den lämplig att använda. De sex artiklar som vi använt har ändå varit väldigt uttömmande och givit oss god information. Tre av artiklarna var från USA, två från Sverige och en från England. Möjligen kan det finnas kulturella skillnader mellan länderna gällande hur kvinnorna upplever och agerar utifrån sin hjärtinfarkt. Inga direkta olikheter syntes dock i artiklarna som visade på att det skulle finnas skillnader mellan länderna då det gäller kvinnors upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt.

Resultatdiskussion

Vårt syfte var att beskriva kvinnors upplevelser av symtom och hur de förhåller sig till symtomen då de drabbats av hjärtinfarkt.

Vid beskrivning av symtomen fann vi att smärta var ett viktigt och centralt fenomen. Hur smärtan upplevdes var väldigt individuellt och kunde visa sig på många olika sätt i kroppen. Smärtan kunde till och med förflytta sig. I vissa fall upplevdes inte ens smärtan utan kändes mer som kramp eller en känsla av obehag. Generellt förknippar vi hjärtinfarkt med bröstsmärtor på grund av att forskningen enligt Emsli (2005) till största del bedrivits på män, där bröstsmärtor är det centrala symtomet. På grund av det menar vi att det är lätt att förstå att kvinnorna inte själva ser sambandet mellan exempelvis en diffus smärta i ryggen och hjärtinfarkt och därför söker vård sent, vilket också stöds av Miracle (2006). Andra tidiga symtom många kvinnor upplevde i hög grad var trötthet och dyspné.

En brist på kunskap kring kvinnors symtom vid hjärtinfarkt finns hos vårdpersonalen (Lockyer & Bury 2002). Människans upplevelse av hjärtinfarkt är en subjektiv upplevelse och kvinnor förknippar ofta ej symtomen med hjärtinfarkt. Detta på grund av att symtomen i stor utsträckning skiljer sig ifrån den faktiskt bakomliggande orsaken. Om inte vårdpersonalen har kunskap om symtomen, hur kan det då förväntas att kvinnan själv ska ha det? Att kvinnor inte söker vård för detta är förståeligt eftersom de inte vet vad det beror på. Vad som behövs är undervisning från vårdpersonal, förslagsvis sjuksköterskan, så att dessa kvinnor lär sig att känna igen sina varningssymtom före hjärtinfarkten och söker vård i god tid. I en artikel av McDonald et al. (2006) styrks detta argument då den visar att kvinnor som fått information om symtom som är vanligt förekommande hos kvinnor vid hjärtinfarkt i större utsträckning förknippade symtomen till hjärtinfarkt. Kvinnorna fick beskriva vilka symtom de kände till före de fick informationen, och efter de fick informationen. Vidare säger McDonald

et al. (2006) att sjuksköterskan bör undervisa kvinnor gällande deras symtom för att i större utsträckning förstå vad de innebär och vid behov söka sjukvård.

Svårare blir det att undervisa och vägleda de kvinnor som förnekar sina symtom. Då är det viktigt att som sjuksköterska vara lyhörd och uppmärksam på dessa patienter, då de exempelvis söker för någon annan åkomma. Det är viktigt att ha förförståelse för att kunna sätta sig in i varför dessa kvinnor agerar som de gör. Att det inom vården anses av vissa att det är upp till kvinnorna själva att söka vård är en inställning som visar på dålig förståelse och lite kunskap kring dessa patienter. I stället bör sjuksköterskan vara medveten om att det finns bakomliggande orsaker till varför en kvinna väljer att förtränga sin sjukdom och skylla på annat. Att inte förlora kontrollen över situationen kan vara en anledning till att kvinnorna väljer att låtsas som att allt är som vanligt (Svedlund et al., 2001).

Vårt samhälle genomsyras av en genusordning som också avspeglar sig i den familj vi lever i. Där är ofta kvinnans roll att omhänderta och visa omsorg för andra i första hand och inte att själv bli omhändertagen (Josefson 2005). Då en kvinna i ett citat från resultatet säger att familjen är mer drabbad av hjärtinfarkten än hon själv är anser vi att det är ett uttryck för den kulturella kontext vi lever i. Ett sätt att bemöta dessa kvinnor är att hjälpa dem att förstå att de i sjukdomssituationen måste prioritera sig själva i första hand. Att deras hälsa är viktigare än allt annat nu när hon drabbats av en så allvarlig sjukdom som hjärtinfarkt. Mannen bör i stället stötta och hjälpa kvinnan på alla sätt för att underlätta hennes situation. Enligt Leffler (2002) tenderar äldre kvinnor att söka vård senare. Detta kan bero på att det i dag blivit mer jämställt i familjen än var det var på exempelvis 50-talet då kvinnan hade en mer utpräglad omhändertagande och självuppoffrande roll. Leffler (2002) menar att det krävs åtgärder för att hjälpa dessa äldre kvinnor. Exempelvis bör skriftlig information om hjärtinfarkt skickas hem till äldre kvinnor i allmänhet. Vårdpersonalen bör engagera kvinnorna i att lära sig vilka symtom som uppkommer före hjärtinfarkten och förbereda dessa kvinnor på att agera då de upplever något symtom.

Vi valde att studera kvinnors upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt då vi såg en icke jämställd situation mellan kvinnor och män som drabbats av hjärtinfarkt vilket bidrar till en sämre vård för kvinnan (Emslie, 2005). Detta bidrar till ett vårdlidande för kvinnan, det vill säga det onödiga lidandet som inte patienten själv orsakar utan det som vi som vårdpersonal kan påverka.

Slutsats

Tre centrala anledningar till att kvinnor inte söker vård eller söker vård sent vid hjärtinfarkt är okunskap, förnekelse av sjukdomen och att kvinnorna inte prioriterar sin hälsa i första hand. Efter denna studie om kvinnors upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt har vi som författare och förhoppningsvis även läsaren fått ökad förståelse kring varför kvinnor reagerar och agerar som de gör vid en hjärtinfarkt och att det finns kulturella orsaker till att kvinnor inte söker vård eller söker vård sent.

REFERENSER

- Albarran, J. W., Clarke, B. A., & Crawford, J. (2007). 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1292-1301.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 382-395.
- Eriksson, K., red. (1993). *Möten med lidanden*. Forskningsrapport nr. 4. Vasa, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Grøn, A., Husted, J., Lübcke, P., Rasmussen, S. A., Sandøe, P., & Stefan, N. C. (1988). *Filosofi Lexikonet*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Hart, P. (2005). Women's Perceptions of Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 170-176.
- Josefson, H. (2005). *Genus*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lefler, L. (2002). The Advanced Practice Nurse's Role Regarding Women's Delay in Seeking Treatment with Myocardial infarction. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 25(10), 449-456.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354-1361.
- Lindskog, B. (2004). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Nordiska Bokhandels Förlag.
- Liukko, A. (1996). *Mat, kropp och social identitet*. Pedagogiska institutionen. Stockholm: Stockholms universitet
- Lockyer, L., & Bury, M. (2002). The construction of a modern epidemic: the implications for women of the gendering of coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 432-440.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i M. Granskär (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Madjar, I. (1998). *Giving comfort and inflicting pain*. Alberta: Qual institute Press.
- McDonald, D.D., Goncalves, P. H., Almario, V. E., Krajewski, A. L., Cervera, P. L., Kaeser, D. M., Lillivk, C. A., Sajkowicz, T. L., & Moose, P.E. (2006). Assisting Women to Learn Myocardial Infarction Symptoms. *Public Health Nursing*, 23(3), 216-223.
- McSweeney, J. C., (1998). Women's narratives: Evolving symptoms of myocardial infarction. *Journal of women and aging*, 10(2), 67-82.
- McSweeney, J. C., Cody, M., & Crane, P. B. (2001). Do You Know Them When You See Them? Women's Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction. *The Journal of cardiovascular nursing*, 15(3), 26-38.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Miracle, V. A. (2006). Coronary Artery Disease in Women. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(5), 209-215.
- Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. (2008). 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*, 45(7), 1003-1010.
- Strömberg, H., & Eriksson, H. (2006). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 197-205.
- Swahn, E., & Schenck-Gustavsson, K. (2005). "Det krävs massiv insats mot kvinnors Hjärtsjukdomar". Hämtad 2009-04-14 från <http://www.dn.se/opinion/debatt/det-kravs-massiv-insats-mot-kvinnors-hjartsjukdomar-1.373701>
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Zuzelo, P. R., (2002). Gender and acute myocardial infarction symptoms. *Medsurg nursing*, 11(3), 126-136.

Bilaga 1

Översikt av analyserad litteratur

| | Perspektiv | Problem och syfte | Metod | Resultat |
|--|----------------------------------|---|---|---|
| <p>Titel: Do you know them when you see them? Women's Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction.</p> <p>Författare: Jean C. MC Sweeney. Marisue Cody. Patricia B. Crane.</p> <p>Tidskrift: The Journal of Cardiovascular nursing.</p> <p>Årtal: 2001</p> | Vårdvetenskapligt och medicinskt | <p>Problem: Tidigare studier har exkluderat kvinnor eftersom hjärtkärlsjukdomar inte ansetts som ett hälsohot mot kvinnor. Det finns lite kännedom om kvinnors tidiga och akuta symtom.</p> <p>Syfte: Att vidare beskriva kvinnors kliniska bild av tidiga och akuta symtom vid hjärtinfarkt. Två researchfrågor i studien var: 1 Vad är kvinnors mest frekvent rapporterade tidiga och akuta symtom av myocardial infarction. (hjärtinfarkt) 2 Kan tidiga symtom, sjukliga tillstånd, ålder eller ras förutsäga risken av att drabbas av akuta symtom?</p> | Kvalitativa intervjuer. 76 kvinnor som hade upplevt myocardial infarction de senaste 12 månaderna. | De två mest frekventa akuta symtomen var trötthet (fatigue) (59 %) och andnöd (59 %). 54 % av kvinnorna beskrev lokaliseringen av smärtan eller obehaget i mitten högt upp i bröstet. 45 % rapporterade smärta i skulderbladen och övre delen av ryggen. 42 % upplevde smärta i vänster arm eller axel. Andra generella symtom var svaghet (43 %), illamående (44 %), värmekänsla (43 %) och yrsel (42 %) |
| <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> | Vårdvetenskapligt | <p>Problem Kvinnor söker vård sent trots att de upplever symtom. Tidigare research har mest involverat vita medelålders män med fokus på specifika beskrivningar av bröstsmärtor. Om dessa riktmärken stämmer på kvinnor på samma sätt som på män är ett område med ökande tvist.</p> <p>Syfte Syftet är att undersöka symtom upplevda av kvinnor i samband med myocardial infarction. Undersökarna ville få kvinnornas egna ord för att få en detaljerad</p> | 12 kvinnor deltog i intervjuer som spelades in under 30-45 minuter. Inklusionskriterier var: Kvinnorna skulle ha en påvisad troponinhöjning med eller utan ST-höjning, över 18 år, fria från obehagskänslor efter 24 timmar efter hjärtinfarkten. Exklusionskriterier var: Kliniskt instabila kvinnor som ej kunde prata engelska eller de som hade känslomässiga problem var exkluderade. Datainsamlingen i varade i 18 månader. | Resultatet redovisades i teman och subteman. Tema ökad medvetenhet med subteman Uppmärksammade subtila förändringar och jag skyller på allt möjligt. Tema inte ha smärta i bröstet med subtema oförutsedd distribution, inte vad jag kallar smärta, inte rätta slags smärtan och jag fortsatte kräkas. Tema reaktion på symtom med subtema beslut om att söka medicinsk rådgivning och vara frisk och hälsosam. |

| | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|--|
| | | förståelse för hur kvinnorna uppfattade utvecklingen av deras symtom. | Termen bröstsmärtor användes aldrig i frågorna om inte kvinnorna själva nämnde dem. | |
| <p>Titel: Women's Narratives: Evolving Symptoms of Myocardial Infarction Författare: Jean C. Mc Sweeney Tidskrift: Journal of Women & Aging Årtal: 1998</p> | Vårdvetenskapligt | <p>Problem: Att kvinnorna inte upplever eller känner igen symtomen, bröstsmärtor kanske inte är den bästa indikatorn för att upptäcka hjärtinfarkten. Syfte Identifiera kvinnors nya eller annorlunda symtom och hur symtomen utvecklades månaden innan hjärtinfarkten.</p> | 20 kvinnor valdes ut för kvalitativa intervjuer. Inklusionskriterierna var. Prata engelska, ålder mellan 30-80 år, intervjun skulle ske mellan 6-24 månader efter hjärtinfarkten, vara verbal för att kunna beskriva sin hjärtinfarkt. | Nio teman utifrån kvinnors berättelser redovisades i resultatet, lokalisering av smärta, smärtans intensitet och upplevelsen av smärtan, Kardiovaskulära temperaturförändringar, andningsproblem, magproblem, symtom i armar och händer, neurologiska synförändringar och sjuklig trötthet. |
| <p>Titel: Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. Författare: Marianne Svedlund, Ella Danielson, Astrid Norberg. Tidskrift: Journal of Advanced Nursing. Årtal: 2001</p> | Vårdvetenskapligt | <p>Problem Den mesta researchen vid studier av AMI har fokuserat på den manliga patienten och har till störst del varit utifrån ett medicinskt perspektiv. Review av litteratur visar att det fortfarande finns lite information om kvinnor och deras egna upplevelser i samband med AMI. Syfte Syftet var att belysa meningen av levda erfarenheter av att bli negativt påverkad av AMI, så som det beskrivs av kvinnor vid den akuta fasen av sjukdomen.</p> | Kvalitativ, fenomenologisk hermeneutisk approach, 10 kvinnor på sjukhuset intervjuade. | Resultatet redovisades i teman och subteman. Tema: Sig själv som sårbar. Subtema: Känslan av att vara beroende av andra, känslan av att bli kränkt, Känslan av att vara en besvärlig person. Tema: sig själv som distanserad. Subtema Ej inse verkligheten, fångad i en överklig situation och hämmad för att ej oroa andra. Tema: En själv har betydelse. Subtema Efterfrågan av inblick och upptäckten av ny mening med livet. |
| <p>Titel: "Gender and Acute Myocardial Infarction Symptoms" Författare: Patti Rager Zuzelo Tidskrift: MEDSURG Nursing Årtal: 2002</p> | Vårdvetenskapligt och medicinskt | <p>Problem Traditionell forskning kring hjärtinfarkt har fokuserat på män, detta har lett till att förståelsen för hjärtinfarktpatienter grundar sig på manliga erfarenheter. Det finns ett behov av att se på könsskillnader för patienter med</p> | 10 män och 10 kvinnor diagnostiserade med hjärtinfarkt av en kardiolog på ett utbildande sjukhus. Personerna intervjuades 36-72 timmar efter att de anlänt sjukhuset. Intervjuerna varade mellan 15-45 minuter och de drabbade fick | Kvinnornas symtom delades in i teman med subteman. Huvudtemana var. Känna sig uttröttad, andnöd, ej kunna andas, bröstsmärtor, rygg och arm smärta, kroppstemperaturförändringar, magproblem, vara omedveten, vara orolig och rädd. |

| | | | | |
|---|-------------------|--|--|--|
| | | <p>hjärtinfarkt. Syfte Utforska symtomskillnader mellan könen vid hjärtinfarkt.</p> | <p>då beskriva så ingående de ville om sin hjärtinfarkt.</p> | |
| <p>Titel: "Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study" Författare: Annica Sjöström-strand, Bengt Fridlund. Tidskrift: International Journal of Nursing Studies Årtal: 2007</p> | Vårdvetenskapligt | <p>Problem Undersökningar har visat att kvinnor söker hjälp senare än män vid hjärtinfarkt. Detta är ett problem då hjärt och kärlsjukdomar är den dominerande dödsorsaken hos kvinnor. Syfte Syftet är att utforska och beskriva kvinnors symtom och orsakerna till sent sökande vid den första hjärtinfarkten</p> | <p>19 kvinnor som hade sin första hjärtinfarkt intervjuades on sin andra eller tredje dag på sjukhuset. För att göra med ett brett spektrum så utgick man efter ålder, social status, antal barn och utbildning hos kvinnorna.</p> | <p>Resultat visade att kvinnor hade svårt att tolka förstå och koppla samman symtom till hjärtinfarkt. De försökte själva bota sina obehag och till och med sina bröst smärtor i stället för att söka professionell hjälp. Kvinnorna hade problem med att ta det slutgiltiga beslutet.</p> |