



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Examensarbete**

Kandidatexamen inom omvårdnad

### **Kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt**

En litteraturöversikt

---

## **Women's experiences of suffering from a myocardial infarction**

Författare: Ulrica Bergsvind & Beatrice Söderqvist

Handledare: Ann-Sofie Källberg

Examinator: Jan Florin

Ämne: Examensarbete för sjuksköterskeexamen

Kurskod: VÅ2022

Poäng: 15 hp

Betygsdatum: 2017-05-31

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera uppsatsen i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av uppsatsen.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Vid hjärt- och kärlsjukdomar är kvinnor degraderade, de får sämre behandling jämfört med män, mindre forskning sker på kvinnor och de får oftare fel eller ingen diagnos. I och med att mannen varit normen och referensramen, behandlas även kvinnor efter samma kriterier. Kvinnors symtom på hjärtinfarkt skiljer sig från mannens.

**Syftet:** Syftet med litteraturoversikten var att belysa kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt.

**Metod:** Studien genomfördes som en litteraturoversikt. Artiklarna söktes i databaserna Cinahl och PubMed vilket resulterade i elva kvalitativa artiklar.

**Resultat:** Kvinnor upplevde fysiska symtom från olika delar av kroppen, det kan vara från mag-tarmkanalen, extremiteter och bröstregionen. De förnekar symtomen och försöker komma på orsaker till varför de uppstår. Vården ger bristfällig information och tar dem inte på allvar vilket leder till osäkerhet.

Kvinnor mår fortfarande dåligt flera månader efter infarkten och har svårt att klara vardagen. De behöver stöd från familjen som kan stötta och finnas till, även om de inte alltid berättar hur de mår.

**Slutsats:** Kvinnor upplever en rad olika symtom när de drabbas av hjärtinfarkt och symtom kan uppstå från olika delar på kroppen, inte bara i bröstregionen. De upplever också att vårdpersonalen ger bristfällig information och inte tar dem på allvar när de söker för sina symtom. Många kvinnor har kvarvarande symtom flera månader efter infarkten.

**Nyckelord:** Hjärtinfarkt, kvinna, upplevelser

## **Abstract**

**Background:** When it comes to heart disease, women are degraded. Women get worse treatment, more often wrong or no diagnosis and research is less in women. As the man is the norm and reference the women also get treated after the same criteria. Women's symptoms are different compared to men.

**Aim:** The aim of this study was to explore women's experiences of suffering from a myocardial infarction.

**Methods:** The design is a literature review. Data collection occurred in the databases Cinahl and PubMed which resulted in eleven qualitative articles.

**Results:** Women experienced symptoms from different parts of the body, which may be from the gastrointestinal area, extremities and breast region. They deny the symptoms and try to find reasons why they occur. Care providers give lack of information and does not take them seriously, which causes women to feel insecure. Women still feel bad several months after the infarction and have difficulty coping with everyday life. They need support from the family that can give them support and help, although they do not always tell family how they feel.

**Conclusion:** Women experience a variety of symptoms when they suffer from myocardial infarction, and symptoms may start from different parts of the body, not just in the breast region. They also experience that the caregiver provides inadequate information and do not take them seriously when they seek medical care. Many women have remaining symptoms several months after the infarction.

**Keywords:** Experience, myocardial infarction, women

# Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION .....	1
2. BAKGRUND .....	2
2.1 HJÄRTINFARKTENS PATOFYSIOLOGI.....	2
2.2 BEHANDLING VID HJÄRTINFARKT .....	2
2.3 SKILLNAD MELLAN MÄN OCH KVINNOR.....	3
2.4 PSYKOLOGISKA ASPEKTER VID HJÄRTINFARKT .....	4
2.6 SJUKSKÖTERS KANS ROLL OCH VÄRDEGRUND FÖR OMVÅRDNAD .....	5
2.7 PROBLEMFORMULERING .....	5
3. SYFTE .....	6
4. DEFINITION AV CENTRALA BEGREPP .....	6
5. METOD .....	6
5.1 DESIGN.....	6
5.2 URVAL.....	6
5.3 TABELL 1.....	7
5.4 URVALSKRITERIER .....	7
5.4.1 Inklusionskriterier.....	7
5.4.2 Exklusionskriterier .....	7
5.5 VÄRDERING AV ARTIKLARNAS KVALITET .....	7
5.6 TILLVÄGÅGÅNGSSÄTT .....	8
5.7 ANALYS OCH TOLKNING AV DATA .....	8
5.8 ETISKA ASPEKTER .....	8
6. RESULTAT.....	9
6.1 UPPLEVELSER FÖRE HJÄRTINFARKTEN.....	9
6.1.1 Stress .....	9
6.1.2 Förnekande av symtom .....	9
6.1.3 Rationaliserar symtom och förutfattade meningar .....	10
6.2 BEMÖTANDET FRÅN VÅRDPERSONAL .....	10
6.2.1 Brist på information .....	10
6.2.2 Brist på hjälp från sjukvården .....	11
6.3 UPPLEVELSER EFTER HJÄRTINFARKTEN.....	11
6.3.1 Kvarvarande fysiska och psykiska symtom.....	11
6.3.2 Det vardagliga livet.....	12
6.3.3 Rehabiliteringsmöjligheter och återgång till arbetslivet.....	13
6.3.4 Relationer .....	14
6.3.5 Oro för framtiden .....	15
7. DISKUSSION .....	17
7.1 RESULTATDISKUSSION .....	17
7.2 METODDISKUSSION.....	20
7.3 ETIKDISKUSSION .....	20
8. DEN KLINISKA BETYDELSEN FÖR SAMHÄLLET.....	21
9. SLUTSATS .....	21
10. FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING.....	21
11. REFERENSER .....	23

<b>12. BILAGA 1-KVALITETSGRANSKNING AV KVALITATIVA STUDIER.....</b>	<b>28</b>
<b>13. BILAGA 2, VALDA ARTIKLAR .....</b>	<b>1</b>



## 1. Introduktion

I Sverige är hjärtinfarkt den vanligaste dödsorsaken hos både män och kvinnor, ungefär 75 personer får en hjärtinfarkt varje dag. Hjärtinfarkt tillhör kategorin hjärt-kärlsjukdomar och 25 % av de drabbade dör inom fyra veckor efter sin hjärtinfarkt. I Sverige beräknas 1,8 miljoner människor vara drabbade av hjärt-kärlsjukdom vilket gör att sjuksköterskan möter dessa patienter inom många olika vårdssammanhang (Hjärt-lungfonden, 2016). Kvinnors upplevelser av hjärt-och kärlsjukdomar har inte uppmärksammats ordentlig. De har visat sig få sämre behandling jämfört med män, det har bedrivits mindre forskning specifikt på kvinnors hjärtinfarkt och de har oftare fått fel eller ingen diagnos (Humphries, et.al. 2017). Detta tros bero på tre faktorer; könsbaserad fysiologi, förutfattade meningar om genus (genusbias) och psykosociala faktorer (Rosenfeld, 2006). I Socialstyrelsens rapport *Jämställd behandling mellan kvinnor och män med diabetes och hjärt- kärlsjukdomar* (2017) konstaterades att det fanns omotiverade skillnader i behandlingen av män och kvinnor med hjärt- och kärlsjukdomar. Socialstyrelsen beskrev vidare att det behövs en ökad kunskap om hur symtom uttrycker sig hos kvinnor. I Sveriges kommuner och Landstings (SKL) kunskapsöversikt *(O)jämställdhet i hälsa och vård* (2007) beskrevs också hur genusbias bidrar till skillnader i bemötande och behandling. Olika sjukdomar kunde bedömas utifrån olika sociala konstruktioner, där kvinnans symtom oftare bedömdes vara av emotionellt ursprung och mannens symtom bedömdes vara av organiskt ursprung. Männerna fick därför behandling för den faktiska sjukdomen medan kvinnor behandlades för sina känslor. Asgar Pour, Norouzzadeh och Reza Heidari (2016) konstaterade att skillnader mellan könen i symtombilden, och att dessa inte har uppmärksammats ordentligt, leder till att kvinnor fick försenad behandling och en sämre prognos (Ibid.).

## **2. Bakgrund**

### **2.1 Hjärtinfarktens patofysiologi**

Hjärtat försörjs med blod som via aortan leds till höger och vänster kransartärer, det är blodkärl som försörjer hela hjärtat med blod. Dessa förgrenas sedan i mindre kranskärl där blodflödet kan försämrans på grund av åderförfattning (ateroskleros). Åderförfattade blodkärl har hårda plack i kärlväggen och när dessa blir inflammerade kan de brista (Ericson & Ericson, 2008). Kroppen svarade då med en reparationsprocess som medför att en liten blodpropp (trombos) bildas. Det inflammerade placket och proppen kan sedan spricka sönder och medföra ytterligare proppbildning och utsöndring av flertalet immunologiska celler och substanser som bland annat ger kärlspasm. Det uppstår då syrebrist i hjärtats vävnad (myokardischemi) där det aktuella kranskärlet är beläget. Vid en hjärtinfarkt har förträngningen och syrebristen medfört skador på hjärtmuskelcellerna som inte kan repareras (Ericson & Ericson, 2008).

### **2.2 Behandling vid hjärtinfarkt**

Vid akut hjärtinfarkt krävs det att det tilltäppta kranskärlet öppnas upp igen så fort som möjligt. Hur stor skada hjärtinfarkten innebär, beror således på hur länge hjärtmuskulaturen är utan syre. Ett elektrokardiogram (EKG) kan visa att patienten har en pågående hjärtinfarkt och behandling är ballongvidgning/Percutaneous Coronary Intervention (PCI). Ballongvidgning innebär att kranskärlet öppnas upp med hjälp av en kateter med en liten ballong på toppen som spränger bort placket som täppt till kärlet. Om ballongvidgning inte kan ske omedelbart kan trombolys ges, vilket innebär att patienten får läkemedel som ska lösa upp proppen. Efter hjärtinfarkten får patienten också blodproppshämmande läkemedel, vilket gör att blodet inte koagulerar och bildar nya proppar. Patienten kan även få nitroglycerin som vidgar blodkärlen vilket minskar smärtan och understödjer hjärtats arbete. Betablockerare kan också ges vilket sänker hjärtat frekvens och blodtryck, förebygger arytmier samt hämmar effekten på stresshormon. Detta är skyddsåtgärder för att hjärtat ska kunna återhämta sig så bra som det är möjligt (Hjärt-lungfonden, 2016).



### 2.3 Skillnad mellan män och kvinnor

I en studie beskrevs att de vanligaste symtomen på hjärtinfarkt var en känsla av tryck och ihållande brännande smärta lokaliserat i bröstet. Ibland uppträdde också obehag eller smärta i armarna, nacken och käkarna tillsammans med andnöd, illamående och trötthet (Schenck-Gustafsson, 2007). Vad som skiljde symtomen åt mellan könen var att kvinnor ofta upplevde fler symtom från mag-tarmkanalen utöver illamående. Det kunde vara kräkningar, sura uppstötningar och buksmärta. Intensiteten på smärtorna varierade också mellan kvinnorna, en del hade en tyngdkänsla över bröstet som liknades med att flera elefanter stod på bröstet medan andra kände ett lättare tryck. Kvinnor behövde heller inte uppleva smärta alls, utan kunde bara ha en känsla av att något var fel beskrev Madsen och Birkelund (2015). Män upplevde oftare de typiska symtomen för hjärtinfarkt, vilket obehag eller smärta i bröstet är exempel på menar Isaksson, Holmgren, Lundblad, Brulin och Eliasson (2007).

Hjärt-lungfonden (2016) beskriver att både kvinnor och män drabbas av hjärtinfarkt, men forskning visar att fler män än kvinnor råkar ut för hjärtinfarkt. Kvinnor drabbas oftare senare i livet jämfört med män, orsaken tros vara östrogenet som skyddar kvinnan innan de når klimakteriet. Kvinnor är därför cirka 10 år äldre än männen när de drabbas av hjärtinfarkt, vilket också gör att de hade fler riskfaktorer än män när de drabbades. Riskfaktorer kan vara diabetes, hypertoni och hjärtsvikt. Kvinnor och mäns hjärtan skiljer sig också från varandra. Kvinnans hjärta är mindre och lättare, hjärtmuskelns fibrer är finare och kranskärlen är smalare. När kvinnor får en hjärtinfarkt är ofta placket placerat i hela kärlväggen medan hos männen är placket placerat på ett ställe (Hjärt-lungfonden, 2016). I en studie av Nilsson, Moee, Söderström och Samuelsson (2016) var syftet att beskriva faktorer som kunde påverka primärvårdens fördröjning av handläggandet av patienter med bröstsmärtor. En orsak visade sig vara att patienten var en kvinna. Strömbäck, Vikman, Lundblad, Lundqvist och Engström (2016) beskrev att kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt löpte 50 % risk att drabbas av hjärtinfarkt igen inom 16 månader. Män däremot löpte 50 % risk att drabbas igen inom 33 månader (ibid.).

## **2.4 Psykologiska aspekter vid hjärtinfarkt**

En hjärtinfarkt uppstår ofta plötsligt och är förknippad med smärta och ångest. De fysiska symtomen på hjärtinfarkt, såsom illamående, andnöd och trötthet förstärker känslan av ångest (Hjärt-lungfonden, 2016). I en studie av Wang och Kamala (2012) beskrevs att bröstsmärta också kan vara förenad med att patienten fruktade för döden, många patienter upplevde en känsla av att de `kommer att dö´. Patienter kunde också känna en känsla av bristande kontroll, osäkerhet och hjälplöshet vid hjärtinfarkten (Wang & Kamala, 2012).

## **2.5 Personcentrerad vård**

Inom ämnet omvårdnad har personcentrerad vård tidigare varit sammankopplat med olika omvårdnadsteoretiker såsom Dorothea Orem och Jean Watson men har under senare år vuxit fram till ett eget begrepp. Personcentrerad vård är ett förhållningssätt där sjuksköterskan i sitt yrke bemöter varje patient med respekt för dess unika person, visar förståelse och respekterar självbestämmandet (McCance & McCormack, 2013). I en studie av McCormack et. al. (2010) beskrev författarna olika kompetenser hos sjuksköterskan som behövs för att kunna utföra personcentrerad vård. Det var bland annat god självkänedom med förståelse för sina egna värderingar och förutfattade meningar tillsammans med både praktiskt och teoretiskt kunnande hos sjuksköterskan som bidrog till en personcentrerad vård. Något annat som också var en förutsättning för personcentrerad vård var en väl implementerad kunskap om betydelsen av personcentrerad vård hos avdelningscheferna, där planeringen av vården måste ge sjuksköterskorna tid nog att investera i varje patient (McCormack, Karlsson, Dewing, & Lerdal, 2010). Inom vården pågår en utveckling mot en mer personcentrerad vård vilket innebär att patienten ska ses som en person med behov, resurser och erfarenheter och inte som ett objekt. Det innebär att patienten inte ska ses som en sjuk kropp eller en diagnos. Personcentrerad vård handlar därför om att vården ska planeras och utföras tillsammans med patienten. Vårdpersonalen och patienten är ett team som ska skapa en vårdrelation och arbeta tillsammans (Westphal, Alkema, Seidel & Chernof, 2016).

För kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt skulle en personcentrerad vård kunna innebära att varje kvinna blir bemött utifrån sina unika fysiska behov och känslor. Ekman et al. (2011) beskrev i en studie om olika sätt för vårdpersonalen att säkerställa att de gav en personcentrerad vård. Det innebar bland annat att verkligen lyssna till patientens berättelse om sina upplevelser av sjukdom, och inte fästa all uppmärksamhet på de biologiska markörerna såsom provsvar och EKG. Vidare bör det personcentrerade bemötandet ge utrymme för patienten att kliva in i beslutsfattandet om hur vården ska utformas så att varje behov blir uppmärksammat och bekräftat. Det var också av största vikt att dokumentationen innefattar både patientens rädslor, förhoppningar, värderingar och andra specifika områden kring patientens upplevelse för att stärka patientens perspektiv, inte bara de medicinskt mätbara fynden (Ekman., et. al. 2011).

## **2.6 Sjuksköterskans roll och värdegrund för omvårdnad**

Som sjuksköterska är det viktigt att se patienten ur ett helhetsperspektiv och inte i ett sjukdomsperspektiv. Omvårdnadsmässigt behöver sjuksköterskan kunna stötta och hjälpa patienten i de reaktioner som patienten kan ha, beroende på sjukdom. Att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras är också viktigt (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763).

Svensk sjuksköterskeförenings dokument *Värdegrund för omvårdnad* (2010) kan vara ett stöd för alla sjuksköterskor att bedriva en omvårdnad baserad på principen om alla människors lika värde och rätt till hälsa. Den beskriver omvårdnad utifrån ett humanistiskt perspektiv där varje möte i vården ska genomsyras av respekt och förståelse för patientens sårbarhet, värdighet och integritet. Sjuksköterskan kan hjälpa varje patient att uppleva autonomi genom respekt för självbestämmandet och genom att ge en god och situationsanpassad information (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

## **2.7 Problemformulering**

En stor del av kunskapen om diagnostisering och patientens upplevelse av att drabbas av en hjärtinfarkt har baserats på det typiska symtomet med kraftig bröstsmärta. Då det konstaterats att kvinnor kan ha andra symtom, som dessutom ofta förbises inom vården behövs kvinnans upplevelse av hjärtinfarkt lyftas fram

ytterligare. Kvinnans fysiologiska förutsättningar och individuella upplevelser bör beaktas bättre. Sjuksköterskan behöver kunskap om att kvinnors symtom och upplevelse av en hjärtinfarkt skiljer sig från de klassiskt beskrivna symtomen och upplevelserna för att kunna förbättra omvårdnaden och stödja kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt på bästa sätt.

### **3. Syfte**

Syftet med litteraturoversikten var att belysa kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt.

### **4. Definition av centrala begrepp**

*Hjärtinfarkt*, innebär att patienten drabbats av en myokardskada orsakad av ischemi (El Saadi., et. al. (2015). Med *upplevelse* avses de erfarenheter kvinnorna har efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt (Sjögren, Györki & Malmström, 2010).

### **5. Metod**

#### **5.1 Design**

Studien genomfördes som en litteraturoversikt där syftet var att sammanställa den aktuella kunskapen som finns inom området (Forsberg & Wengström, 2016).

#### **5.2 Urval**

Uppsatsförfattarna genomförde en litteratursökning i databaserna Cinahl och PubMed, dessa databaser innehåller artiklar inom omvårdnad och medicin (Polit & Beck, 2016). Författarna använde dessa valda sökord: *myocardial infarction*, *women* och *experience*. Booleska termen "AND" användes mellan sökorden. Tabell 1 visar tillvägagångssätt och sökresultat. Inkluderade artiklar skulle vara skrivna enbart på engelska. Vidare valdes artiklar ut efter att författarna läst titel och abstract som verkade intressant för syftet. Artiklar som bedömdes kunna svara på syftet i studien lästes i sin helhet och granskades enligt granskningsmall, bilaga 1.

**5.3 Tabell 1** Sökstrategi för att hitta valda artiklar n=11, vissa artiklar förekommer på fler sökningar.

<i>Databas</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar/lästa titlar</i>	<i>Antal lästa abstrakt</i>	<i>Antal lästa artiklar</i>	<i>Antal utvalda artiklar till resultat, n=11</i>
CINAHL	Women AND Myocardial infarction AND experience	102	17	11	6
CINAHL	Women AND Myocardial infarction	1433	27	16	2
PubMed	Women AND myocardial infarction AND experience	258	29	6	3
PubMed	Women AND Myocardial infarction	142	3	0	0

## 5.4 Urvalskriterier

### 5.4.1 Inklusionskriterier

De vetenskapliga artiklarna skulle handla om kvinnors upplevelse av hjärtinfarkt. Artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 2007–2017, för att använda den senaste forskningen inom ämnet. Kvalitativa artiklar valdes för att få en djupare förståelse om kvinnors upplevelse. Artiklarna skulle vara etiskt godkända av etisk kommitté samt skrivna på engelska. I artiklar där det förekom jämförelser mellan män och kvinnor använde författarna enbart kvinnornas upplevelser.

### 5.4.2 Exklusionkriterier

Artiklar som inte var tillgängliga i fulltext eller kostnadsfria för uppsatsförfattarna samt artiklar med låg granskningspoäng, det vill säga 15 poäng eller lägre enligt bifogade granskningsmall exkluderades.

## 5.5 Värdering av artiklarnas kvalitet

Kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna utfördes med hjälp av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) samt Forsberg och Wengström (2008) granskningsmall, (bilaga 1). Poängskalan var mellan 0–25 poäng där artiklar med

15 poäng eller mindre av totalsumman har låg kvalitet. Artiklar med 16–20 poäng har medelkvalité samt artiklar med 21–25 poäng har hög kvalitet.

Kvalitetsgranskningen innehöll 25 frågor, med ja eller nej som svar. Varje fråga gav 1 poäng vid svar ja. Artiklar som hade 16 poäng eller mer var inkluderades till resultatet.

## **5.6 Tillvägagångssätt**

Författarna till examensarbetet har samarbetat via Connect, gemensamma google dokument samt på högskolan Dalarna. Artikelsökningarna genomfördes individuellt av författarna i databaserna PubMed och Cinahl med de valda sökorden och enligt kriterierna. Författarna läste sedan varje titel från sökresultatet, om den verkade vara relevant för syftet lästes artikelns abstract. Var abstractet relevant för studiens syfte, granskades artikeln enligt granskningsmallen. Om artikeln uppnådde 16 poäng eller mer samt svarade på studiens syfte blev den inkluderad till resultatet. Av 33 granskade artiklar fick 11 artiklar medel eller hög kvalitet.

## **5.7 Analys och tolkning av data**

Artiklarna som inkluderades i resultatet analyserades enligt Forsberg och Wengström (2016) mall. Detta betydde att artiklarna lästes noggrant och enskilt av båda författarna flera gånger för att skapa sig en helhetsbild av artikeln. Sedan gick författarna igenom varje artikel tillsammans för att identifiera artiklarnas likheter och olikheter. Utifrån de upplevelser som beskrevs bildades olika huvudkategorier med subkategorier för att göra ett så tydligt resultat som möjligt (Forsberg & Wengström, 2016).

## **5.8 Etiska aspekter**

Författarna strävade efter att vara objektiva vid granskning av artiklarna. Resultatet skrevs utifrån ett så neutralt perspektiv som möjligt, utan författarnas egna värderingar och åsikter. Artiklarna granskades med syfte att inte framställa data felaktigt samt att inte plagiera texten. Alla artiklar som ingick i studien var peer-reviewed samt att studierna i artiklarna var godkända av etisk nämnd (Forsberg & Wengström 2016).

## 6. Resultat

Resultatet bygger på elva artiklar som alla beskrev kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt. Artiklarna var publicerade i Sverige (n=4), Danmark (n=1), USA (n=2), England (n=3) och Italien (n=1). Kategorier som växte fram var *upplevelser före hjärtinfarkten* med tre subkategorier; stress, rationaliserar symtom och förutfattade meningar samt förnekande av symtom. Den andra huvudkategorin var *bemötandet från vårdpersonal* med två subkategorier; brist på information och brist på hjälp från sjukvården. Den sista huvudkategorin var *upplevelser efter hjärtinfarkten* med fem subkategorier; kvarvarande fysiska och psykiska symtom, det vardagliga livet, rehabiliteringsmöjligheter och återgång till arbetslivet, relationer samt oro för framtiden.

### 6.1 Upplevelser före hjärtinfarkten

#### 6.1.1 Stress

Många kvinnor hade varit stressade lång tid innan hjärtinfarkten, konflikter och en känsla av att leva ett "meningslöst liv" uppges ha varit orsaken (Sjöström-Strand & Fridlund (2007). Flera kvinnor i deras studie berättat att de under lång tid, ibland så mycket som ett år innan infarkten har haft symtom från hjärtat som kommit och gått. Kvinnor tenderar att uppleva en rad symtom som buksmärta, illamående och tryck över bröstet antingen år, månader, veckor, timmar före eller som en del av den akuta hjärtinfarkten (Gyberg et. al. 2015; Albarran, Clarke & Crawford 2007).

#### 6.1.2 Förnekande av symtom

Vid symtomdebut kan kvinnor agera utifrån perspektivet "fortsätta som vanligt" och tolkar symtomen som stressrelaterade eller som muskulära spänningar (Gyberg et. al., 2015; Arslanian-Engoren & Scott, 2015; samt Higgins, 2007). Gyberg et.al (2015) påpekade också att det faktum att kvinnor ofta hade haft förkänningar som gått över bidrar till tron att det är ofarligt. Kvinnorna i studierna valde i första hand att självmedicinera med läkemedel för mage och värk, och sökte inte vård förrän symtomen var så allvarliga att de inte längre gick att

fortsätta ignorera allvarlighetsgraden. Kvinnorna upplevde symtom från flera olika delar av kroppen såsom mage, armar, rygg, händer och bröst. Upplevelsen kunde dock vara väldigt individuell och domningar, tyngdkänsla eller smärta är exempel på obehag kvinnorna känt i kroppen vid hjärtinfarkt (Albarran, Clarke & Crawford, 2007).

### **6.1.3 Rationaliserar symtom och förutfattade meningar**

Kvinnor rationaliserar ospecifika symtom vilket var ett fenomen som var medvetet. De med kroniska sjukdomar kunde förklara deras symtom lättare och andra skyllde vanligtvis på åldrandet, övervikt, hormonterapi, matsmältningsbesvär och brist på motion när de drabbas av oväntade och okända symtom (Albarran, Clarke & Crawford, 2007; Gyberg at. Al 2015, Higginson, 2007). Kvinnor hade förutfattade meningar om att det var äldre människor och överviktiga rökande män som drabbas av hjärtinfarkt. Det bidrog till att kvinnorna hade svårt att inse att det faktiskt var en hjärtinfarkt de drabbats av och förlängde tiden till vårdkontakt. Kvinnor var mindre benägna att uppfatta riskfaktorer och riskbeteenden som kan orsaka hjärt- och kärlsjukdom vilket gjorde att de hade svårare att förstå att de drabbats (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Higginson, 2007; White, Hunter & Holttum, 2007). Kvinnorna upplevde hjärtinfarkten som "inte så farligt" vilket kan spegla vårdpersonalens attityd "Yentl syndrome" (White, Hunter & Holttum, 2007). "Yentl syndrome" innebär att kvinnor får likvärdig vård som män endast när de visar att de är lika sjuka som män beskriver Crilly, Bundred, Leckey och Johnstone (2008).

## **6.2 Bemötandet från vårdpersonal**

### **6.2.1 Brist på information**

Det kan skilja mellan kvinnor gällande vilken information de vill ha. En del kvinnor ville inte veta så mycket om vad de varit med om. Andra kvinnor ville veta mer i detalj vad en hjärtinfarkt var och vad som förväntades hända framöver. En del kvinnor upplevde också att vårdpersonal förbisågs deras behov av information eller så var informationen bristfällig och det tog lång tid innan de fick veta vad som hänt efter att de sökt vård (White, Hunter & Holttum, 2007; Stevens & Thomas, 2012). Några kvinnor uppgav att de upplevde sig bli nedvärderade i



kontakten med läkare och sjuksköterskor, deras upplevelser togs inte på allvar. Den information kvinnorna gavs upplevdes som bristfällig och kvinnorna beskriver hur deras frågor inte blev uppmärksammade som de önskade. Sjukvårdspersonalen använde fackspråk när de svarade vilket gjorde att kvinnorna inte riktigt förstod helheten vilket bidrog till ytterligare osäkerhet. Kvinnorna fick läkemedel mot hjärtinfarkten men sjuksköterskorna talade inte om varför utan bara att de skulle ta det. När de kom hem upplevde de att de inte fått adekvat information och visste inte hur de skulle må (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011; Stevens & Thomas, 2012).

## **6.2.2 Brist på hjälp från sjukvården**

I flera studier beskrev kvinnorna hur de stötte på problem i kontakten med sjukvården då deras symtom blev bemötta med ifrågasättanden och de fick kämpa för att få vård. De beskrev att sjuksköterskor och läkare hade svårt att tolka deras symtom och diagnosen dröjde. Kvinnorna uttryckte också en frustration över att behöva berätta om sina symtom om och om igen för varje ny personal (Arslanian-Engoren & Scott, 2016; White, Hunter & Holttum, 2007; Stevens & Thomas, 2012). De beskrev vidare att upplevelsen av att även sjukvården ser det som ett traditionellt manligt problem och har därmed också svårigheter att tolka symtomen. Kvinnorna tyckte det borde funnit någon typ av utbildning/kurs som de kunnat delta i. Där de kunnat ställa frågor och pratat med varandra, för att upptäcka att de inte var ensam med alla frågor och funderingar samt få konkreta svar på sina frågor. De uttryckte att det hade varit bra att få ett fortsatt stöd från sjukvården, inte bara under den första tiden efter hjärtinfarkten (Arslanian-Engoren & Scott, 2016; White, Hunter & Holttum, 2007; Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna beskrev också att efter det första årets rehabilitering hade de fortfarande ett stort behov av att få stöd och vägledning av sjukvården (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg 2011).

## **6.3 Upplevelser efter hjärtinfarkten**

### **6.3.1 Kvarvarande fysiska och psykiska symtom**

Kvinnorna uppgav att de inte tyckte att kroppen var densamma längre. Symtom såsom extrem trötthet (fatigue), svaghetskänsla och utmattning gjorde att det var

jobbigt att bara gå runt i huset. Kvinnorna hade problem så länge som 5 år efter infarkten. Extrem trötthet var fortfarande det vanligaste symtomet tillsammans med oro och rädsla för att kroppen skulle svika igen. Många beskrev att de var medvetna om hjärtat och hur det slog, varje extraslag eller hjärklappning registrerades av kvinnorna och skapade oro (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011; Stevens & Thomas, 2012; White, Hunter & Holttum, 2007).

Kvinnorna upplevde också psykologiska komplikationer efter hjärtinfarkten, såsom stress, ångest, rädsla och osäkerhet. Smärta i efterförloppet bidrog till ångest och osäkerhet och depression var vanligt att drabbas av efter en tid (Stevens & Thomas, 2012; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; White, Hunter & Holttum, 2007). Kvinnorna orkade inte fortsätta sina liv som vanligt, och det skapade rastlöshet eftersom det var svårt för en del kvinnor att göra förändringar.

Kvinnorna upplevde stress efter en hjärtinfarkt som orsakades av oro över att de faktiskt varit sjuka. Smärta och symtom som liknade symtomen vid en hjärtinfarkt gjorde kvinnorna rädda att de drabbats av en ny infarkt, vilket gjorde att de besökte akutmottagningen flera gånger på kort tid. En del kvinnor funderade på vad som orsakade hjärtinfarkten och de tankarna upplevdes också bidra till stress (Stevens & Thomas, 2012; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; White, Hunter & Holttum, 2007). Depression är vanligt hos kvinnor efter en hjärtinfarkt. Att ha familj och vänner omkring sig som kunde stötta minskade risken för att kvinnorna skulle drabbas av depression. Kvinnorna levde i en förändrad situation och de upplevde sig vara överbeskyddade. Känslor av osäkerhet, maktlöshet och begränsningar uppkom samtidigt som kvinnorna ändå kunde känna hopp, dock upplevde kvinnorna en ständig rädsla för att dö. Vissa kvinnor antog ett undvikande beteende efter sin hjärtinfarkt. Det kunde förlänga processen med att bearbeta sina upplevelser, vilket kunde bidra till en kvarvarande oro hos kvinnorna (Stevens & Thomas, 2012; Johansson Sundler, Dahlberg, & Ekenstam, 2009; Fouchi & Foás, 2017).

### **6.3.2 Det vardagliga livet**

I fyra av studierna beskrev kvinnorna att de upplevde det vardagliga livet som svårt efter en hjärtinfarkt. Kvinnorna hade en önskan om att livet skulle vara som

innan de drabbades av en hjärtinfarkt och de ville uppleva samma kontroll över vardagen. Många kvinnor kände en förlorat greppet över både sin situation och kropp, vilket skapade stress. Hjärtinfarkten förstörde invanda, trygga rutinerna och de upplevde att de inte kunde göra samma saker som tidigare. De beskrev att utskrivningen och att lämna sjukhuset var som att mista en livlina, vilket skapade osäkerhet. Att försöka göra tillvaron normal var viktigt för kvinnorna samt att försöka göra livsstilsförändringar till det bättre. Kvinnorna beskrev hur det var lätt att sätta upp mål för livsstilsförändringar under den första tiden efter hjärtinfarkten, men hur det under tidens gång visade sig vara svårt att fortsätta med de nya livstilsbesluten (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Stevens & Thomas, 2012; Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011 & White, Hunter och Holttum, 2007). I två av studierna beskrev även kvinnorna att de kände oro och tvivel kring de mediciner de åt och dess eventuella biverkningar. De beskrev också en upplevelse av besvikelse över kroppen då den måste ha flertalet mediciner varje dag för att fungera. De ansåg sig inte vara helt friska förrän de kunde sluta ta sina mediciner. Livet kretsade kring piller (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011; Stevens & Thomas, 2012).

### **6.3.3 Rehabiliteringsmöjligheter och återgång till arbetslivet**

Kvinnor beskrev den oro de upplevt kring hur de skulle klara av att återgå till arbete efter hjärtinfarkten. Kvinnorna uppgav att ekonomiska skäl och försörjningen av barn i hemmet gjorde att de ansåg sig tvungna att fortsätta arbeta, även om de inte skulle orka. De upplevde att de inte hade råd att vara sjukskrivna eller gå ner i tid och arbeta deltid. Vissa kvinnor kunde arbeta efter hjärtinfarkten om de gick ned i tid, medans andra inte kunde arbeta alls. Kvinnorna uppgav även att den ekonomiska stressen kring en sjukskrivning påverkade återhämtningen. Bland de kvinnor som återgick till arbete beskrevs att de upplevde en så stor trötthet att de egentligen borde ha varit sjukskrivna en längre tid (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Stevens & Thomas, 2012 & Sjöström-Strand, Ivarsson och Sjöbergs, 2011).

När det kom till rehabiliteringsprogram tyckte inte de yngre kvinnorna att det passade dem då många deltagare var äldre och de klagade även på sina andra krämpor. En del kvinnor ville inte delta alls (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Stevens & Thomas, 2012). Kvinnorna beskrev också att rehabiliteringsprogram fanns tillgängligt i olika stor utsträckning. En del rehabiliteringsprogram fanns där deltagarna var både män och kvinnor. En del program fanns för enbart kvinnor och för vissa fanns det inte alls tillgång till rehabiliteringsprogram (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg 2011). Kvinnor som drabbades av hjärtinfarkt använde olika coping strategier för att hantera livet efteråt. Coping-strategier kan vara olika sätt att hantera utmanande situationer i livet. Författarna såg att kvinnor som hade utvecklat coping strategier som byggde på självstyrka, problemorientering och villighet till att ta emot socialt stöd upplevde en högre livskvalité. Samtidigt visade studien att kvinnor som utvecklade coping strategier som byggde på ett undvikande beteende sänkte livskvalitén sett ur både ett fysisk och psykisk perspektiv. Författarna konstaterade att kvinnors förmåga att uppleva självstyrka påverkade alla delar av deras liv efter hjärtinfarkten (Fouchi & Foás studie, 2017).

#### **6.3.4 Relationer**

Relationerna påverkades också av hjärtinfarkten, dels den kvinnan hade till sig själv men också förhållandet till sin partner, övrig familj och släkt samt arbetskollegor. Kvinnorna behövde en partner som kunde skydda dem och fångadom i fallet som blev efter en hjärtinfarkt. I en fungerande relation kände kvinnorna glädje, lycka och styrka i livet och en känsla av välbefinnande (Johansson-Sundler, Dahlberg och Ekenstam, 2009; White, Hunter och Holttum, 2007). Denna relation främjade hälsoprocessen och den kroppsliga närvaron i livet. Det kunde bidra till att lindra kvinnornas sårbarhet som kunde uppstå efter en hjärtinfarkt. Kvinnorna kunde efter en hjärtinfarkt omvärdera sin situation och om kvinnan innan sjukdomen inte tänkte så mycket på hälsan och satte sig själv sist ändrades det nu. Hälsan sågs ur ett annat perspektiv och ljus, vilket gjorde att kvinnorna värderade livet annorlunda (Johansson Sundler, Dahlberg, & Ekenstam, 2009). Familj och vänner uppmuntrade kvinnorna och hjälpte kvinnorna att tänka positivt. Kvinnorna upplevde en ständig rädsla att inte finnas kvar i familjen för att

ta hand om barn och barnbarn. De ville heller inte oro sina familjemedlemmar så de undvek att berätta om sina upplevelser och ville fortsätta ta hand om hushållet, även om de inte orkade. Kvinnorna ville inte att familjen skulle vara medvetna om hur rädda de var (White, Hunter & Holttum, 2007; Stevens & Thomas, 2012).

Kvinnornas sexuella hälsa påverkades också av hjärtinfarkten. Kvinnorna i studien berättade att det var problematiskt med lust och åtrå och att det kunde upplevas som svårt att diskutera med sin partner när det var dags att ha samlag igen. Studien visade att ingen av kvinnorna fick någon verbal information om sex av sjukvårdspersonalen, men några fick en broschyr som beskrev sex som säkert. Kvinnorna uppgav att de gärna hade fått information och vägledning i sexuella frågor, men att det skulle vara efter utskrivning och av någon de kände trygghet och förtroende för. De beskrev också att om tidpunkten kändes fel skulle det vara ok att neka ett samtal om sex. Vissa kvinnor uppgav också att det hade varit önskvärt att partnern fick vara med, då det var svårt att beskriva svårigheterna med symtom och dess påverkan på sexlivet (Söderberg et. al., 2013). Kvinnorna beskrev att det finns en starkare längtan efter närhet, ömhet och omsorg än efter sex, vilket kunde leda till obalanser i relationen om partners lust till sex var oförändrad. De kvinnor som upplevde starkare symtom efter hjärtinfarkten, såsom extrem trötthet, upplevde också större sexuella problem i relationen till sin partner. Vissa kvinnor berättade också om hur ångesten över kroppens funktion påverkade sexlivet. Även där registrerade kvinnorna ökad puls och extraslag som farligt och tappade därmed lusten vilket kunde leda till att de avbröt samlaget (Söderberg et. al., 2013). Intimitet och kärlek innebar också samhörighet där närheten och känslorna blev djupare i förhållandet till varandra. Att känna samhörighet och känna sig meningsfull var viktigt för kvinnorna för att återhämta sig efter hjärtinfarkt (Söderberg et. al., 2013; Johansson-Sundler, Dahlberg & Ekenstam, 2009).

### **6.3.5 Oro för framtiden**

Kvinnorna levde med ständiga funderingar och en daglig kamp med frågan “när det händer igen”? och hur ska jag veta att det är en ny infarkt och kommer sjukvården göra det? Dessa funderingar grundade sig i att ingen kvinna förstod att

de drabbats av hjärtinfarkt och att en del kvinnor blev hemskickade från akuten för att de bedömdes ha magproblem, innan de sökte igen och det visade sig vara en hjärtinfarkt. Oron skapades av att de inte var säkra på om skulle veta om de drabbats igen samt rädslan över att sjukvården inte skulle ta dem på allvar. En annan fundering i vardagen gällde träning och motion, kvinnorna visste om att de skulle motionera och träna, men att inte ta i för mycket, och hur skulle de veta vad som var för mycket? (Stevens & Thomas, 2012).

## **7. Diskussion**

Efter granskningen av de elva inkluderade artiklarna framkom tre kategorier med i sin tur tretton subkategorier som tillsammans gav en bild av hur kvinnor upplever att drabbas av hjärtinfarkt. Den bild som växte fram och som är enhetlig för alla inkluderade studier är att kvinnor kan uppleva och tolka symtom annorlunda. Framförallt kan symtomen skilja sig från upplevelsen av den typiska centrala bröstsmärtan. Vidare upplever många kvinnor svårigheter med att förstå och tolka symtomen de upplever till att de faktiskt drabbats av hjärtinfarkt. När de sedan kommer i kontakt med sjukvården, blir de inte lyssnade på. Även efter hjärtinfarkten upplever kvinnor problem under lång tid, där trötthet och oro är dominerande.

### **7.1 Resultatdiskussion**

Resultatet visar att kvinnor upplever en rad olika symtom vid hjärtinfarkt och symtomen skiljer sig också mellan kvinnor (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Higginson, 2007; Stevens & Thomas, 2012). En del kvinnor har få symtom medan andra har flera symtom och en del inga alls. De kan också uppleva symtomen under olika lång tid innan infarkten. Det kan vara månader, veckor, dagar eller timmar beroende på infarkten svårighetsgrad (ibid.). Gemensamt för många kvinnor är att de ofta varit stressade innan infarkten och många gånger förnekar de eller förminskar symtomen och försöker finna en annan förklaring till besvären. De tar inte symtomen på allvar utan skyller på andra sjukdomar de haft tidigare eller att symtomen uppträder som en del av det naturliga åldrandet. Det finns också en del förutfattade meningar angående kvinnor och hjärtinfarkt, både hos sjukvårdspersonalen och hos kvinnorna själva, exempel är att det enbart är äldre som mor- och farföräldrar eller överviktiga män drabbas (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Higginson, 2007; Albarran, Clarke & Crawford, 2007).

Då det oftast är sjuksköterskan som ofta möter patienten för en första bedömning är det viktigt att tänka brett och på olika differentialdiagnoser. Det behövs för att inte missa allvarliga sjukdomstillstånd. Symtom som är vanliga vid vissa tillstånd kan även uppträda hos andra sjukdomar, även om det inte är lika vanligt (SKL, 2007). Det är också viktigt att tänka på vid bedömningen av patienten att kvinnor

inte har samma fysiologi som män och kan därför uppvisa andra symtom, enligt SKL (2007) finns det omotiverade skillnader i behandling gällande hjärt-kärlsjukdom (ibid.). Kvinnors symtom kan bedömas vara av emotionellt ursprung och männens för organiskt ursprung (Humphries, et. al. 2017). Vidare har kvinnor fler riskfaktorer som diabetes, hjärtsvikt och hypertoni när de drabbas jämfört med män. Kvinnor som genomgår en PCI får oftast inte lika bra effekt som en man. Kvinnor får dessutom sämre läkemedelsbehandling, de får billigare och inte lika effektiva preparat som mannen. Kvinnor upplever även sämre livskvalité efter en hjärtinfarkt (Garavalia et al., 2007). I en studie av Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005), beskrivs att kvinnor har svårare att hantera oro, ångest, depression och ilska jämfört med män under första månaden efter en hjärtinfarkt. Studien visade också att kvinnor upplever mer andningssvårigheter och humörsvängningar än män och det leder till att de är i behov av mer stöd, vilket sjuksköterskan bör vara uppmärksam på (ibid.). Det har också visats sig att kvinnor inte vårdas på kardiologiska avdelningar i samma utsträckning som män. De har också fler återbesök relaterat till kvarstående problem under de första 30 dagarna efter utskrivning jämfört med män (Holzmann, Gasevic, Rullman, Ruge, Carlsson & Lundbäck, 2017). Dessa skillnader i bemötande, omhändertagande och behandling bör uppmärksammas och åtgärdas för att skapa en mer jämställd vård (Socialstyrelsen, 2017).

Kvinnorna upplever att de inte får gehör för sina symtom i kontakt med vården. De upplever också att informationen är bristfällig. Vårdpersonalen använder sig av facktermer, nonchalerar frågor och svarar inte tillfredsställande. Det är få kvinnor som fått information om hur det kan kännas efteråt, t ex att trötthet och utmattning är vanligt. Många kvinnor upplever oro och känslan av att något är fel på dem, på grund av att de inte är informerade om att det är normalt och att uppleva just trötthet och utmattning (Arslanian-Engoren & Scott, 2016; White, Hunter & Holtum, 2007; Stevens & Thomas, 2012). Tydlig, anpassad information och utbildning av patienterna, som är en del i den personcentrerade vården, skulle istället kunna bidra till att stärka kvinnornas viktiga roll i deras sjukdomsförlopp (Ekman et.al 2011).



Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) 2 § är sjuksköterskor skyldiga att visa respekt för patientens självbestämmande och integritet, tillgodose patientens behov av vård, ge patienten information samt ge god och trygg vård. Detta innebär att kvinnor också har laglig rätt till att få den information de behöver på ett sätt som är lämpligt för just den kvinna du har framför dig. De ska också få den behandling sjukdomen kräver, oavsett genus (SKL, 2007). Som sjuksköterska är det också viktigt att se hela patienten och göra kvinnan delaktig i vården efter förmåga. I *värdegrund för omvårdnad* (2010) beskrivs hur varje individ ska respekteras och att varje individs lidande är unikt. I mötet med patienten kan sjuksköterskan förstå vad patienten har för hälsomål och kan medverka positivt i hälsoprocessen genom att förstärka patientens resurser (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Ett personcentrerat arbetssätt möjliggör också att patientens hela person står i fokus, där både fysiska, psykiska och andliga behov får ta plats. Om kvinnans upplevelser i högre grad blir bekräftade och hon känner att vårdpersonalen lyssnar och tar till sig informationen som delas kan det bidra till att kvinnan får respons på det hon berättar och att hon känner att hon blir tagen på allvar, vilket många kvinnor i studierna inte kände att de blev. Det är viktigt att skapa ett samarbete mellan sjuksköterskan och patienten, där patienten är proffs på sig själv och sjuksköterskan kan stötta upp och hjälpa patienten där patienten har det svårt. Vården ska bidra med viktig information patienten behöver och som dessutom ska vara anpassad efter patientens behov. Information om sjukdomstillståndet men också om vad som förväntas hända framöver och om vanliga symtom som kvarstår även efter den akuta sjukdomsfasen som fatigue och utmattning (Westphal, Alkema, Seidel & Chernof, 2016; Ekman et al, 2011).

Det har visat sig att kvinnor drabbas av sin andra hjärtinfarkt 16 månader efter sin första, och män drabbas av sin andra efter 33 månader. En förklaring till det kan vara att kvinnor och män får olika bemötande och att kvinnor får sämre eller ingen behandling (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011). Det är därför viktigt att varje kvinna får rätt bemötande, behandling och uppföljning så att även en god sekundärprevention kan uppnås. Sjuksköterskan bör arbeta för att få kvinnor att ta till sig att en hjärtinfarkt är en pågående process och motivera till att det alltid är betydande med även de minsta förändringar i livsstilen. Det är viktigt sett både till

patientlidande och i ur ett samhällsekonomiskt perspektiv (Strömbäck, et. al. 2016).

## **7.2 Metoddiskussion**

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnans upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt. Studien genomfördes som en litteraturöversikt för att sammanställa den aktuella forskningen inom området. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) samt Forsberg och Wengström (2008) mall för att stärka denna studies validitet. Mallens frågor är utförliga och granskar artiklarna noga för att utskilja kvalitén. Alla studier är kvalitativa intervjustudier vilket bäst beskriver kvinnorna upplevelse av ett fenomen. Sökningarna är gjorda i Cinahl och PubMed som är databaser som inriktar sig på omvårdnad och medicin som är de relevanta områdena för studien. Artiklarna är utförda i olika länder där vården kan vara utformad på olika sätt, vilket kan påverka upplevelsen. Likväl är upplevelserna likvärdiga, vilket gör studiens resultat mer trovärdigt. Författarna hade kunnat välja att göra sökningarna tillsammans för att underlätta sökprocessen och spara tid. Vissa av studierna har ett lågt antal deltagande kvinnor vilket kan göra att resultatet inte representerar majoriteten av kvinnorna. Författarna reserverar sig för feltolkning då artiklarna var på engelska och översattes (Forsberg & Wengström, 2016).

## **7.3 Etikdiskussion**

Studierna i artiklarna som ingår i resultatet är alla godkända av en etisk kommitté vilket innebär att deltagarna är skyddade enligt forskningsetiska regler. I studier där namn förekommit är namnet fiktivt för att skydda deltagarnas identitet. Texten från artiklarna är inte plagierad. Sandman och Kjellström (2013) beskriver att all omvårdnadsforskning bör utgå från principerna att göra gott, att inte skada, autonomi och rättvisa (ibid.). Författarna har inte uppfattat någon kränkande eller förutfattad mening gällande deltagarna och deras upplevelser i artiklarna. Denna studie syftar till att göra nytta för samhället och kvinnorna som kommer drabbas av hjärtinfarkt i framtiden. Det har varit viktigt att återge resultatet från artiklarna så sakligt som möjligt för att inte förvränga deras upplevelser. Artiklarna har en

geografisk spridning vilket stärker att upplevelsen är likande trots olika kulturella ursprung.

## **8. Den kliniska betydelsen för samhället**

I denna studie har det framkommit att kvinnor upplever hjärtinfarkt med många olika symtom som inte alltid härleder till en hjärtinfarkt. Med denna kunskap kan sjuksköterskan ha i åtanke att en kvinna som söker med diffusa symtom såsom buksmärta, illamående, obehagskänslor i ryggen och trötthet kan ha en pågående hjärtinfarkt. Kvinnor upplever också att informationen de får är bristfällig, vilket också är bra för sjuksköterskan att vara medveten om, för att förbättra kommande möten med kvinnor i krissituationer.

## **9. Slutsats**

Kvinnor upplever en rad olika symtom när de drabbas av hjärtinfarkt och symtom kan uppstå från olika delar på kroppen, inte bara i bröstregionen. De upplever också att vårdpersonalen ger bristfällig information och inte tar dem på allvar när de söker för sina symtom. Många kvinnor har kvarvarande symtom flera månader efter infarkten såsom fatigue och utmattning, vilket gör det svårt för dem att leva som de gjorde innan. Kvinnorna försöker ta sig tillbaka till det 'normala' livet de hade innan, men det är en daglig kamp. Förutfattade meningar finns bland vårdpersonalen och påverkar bedömningen vilket måste tydliggöras och lyftas fram så att vårdpersonalen kan bli medvetna om sitt eget agerande. Kunskapen om kvinnors symtom behöver förbättras så kvinnor också får adekvat behandling för sin sjukdom.

## **10. Förslag på vidare forskning**

Det behövs mer forskning gällande kvinnor och hjärtinfarkt för att öka kunskapen ytterligare bland vårdpersonalen om kvinnors upplevelser och deras symtom på hjärtinfarkt. För tillfället finns det lite kvalitativ forskning om hur kvinnor upplever en hjärtinfarkt och nya studier behövs. Som komplement är kvantitativ forskning bra, för att beskriva, förklara och bevisa samband mellan kvinnorna. Dessa samband kan vara hur riskfaktorer, tidigare sjukdomar och behandling påverkar kvinnorna. Det finns skillnader i hur kvinnor och män blir behandlade vid hjärtinfarkt och för att minska gapet mellan könen krävs mer studier. Hälso-

och sjukvården behöver uppmärksammas på vilka skillnader som finns mellan könen. De resultat som framkommer måste sedan lyftas fram och implementeras i vården för att göra skillnad.

## 11. Referenser

\*Albarran, J., Clarke, B., & 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, 1292–1300. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01777.x

\*Arslanian-Engoren, C., & Scott, L D. (2016). Women's perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience. *Heart & Lung*, 45(3), 166-172. doi: 10.1016/j.hrtlng.2016.02.010

Crilly, M., Bundred, P., Leckey, L., & Johnstone, F. (2008). Gender Bias in the Clinical Management of Women with Angina: Another Look at the Yentl Syndrome. *Journal of women's health*, 17(3): (331-342). doi: 10.1089/jwh.2007.0383

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., et al. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10, (248–251). doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

El Saadi, W., Sederholm, S., Sinnerstad, B., Lans, C., Sköldbäck, H., & Unger, A. (2015). *Hjärtinfarkt, definition och diagnostik*. Hämtad 24 april, 2017, från Specialiserat kliniskt kunskapsstöd, <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=18623&nodeId=39946>

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur.

\*Fuochi, G., & Foà, C. (2017). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Science*. doi: 10.1111/scs.12435

Garavalia, L., Decker, C., Reid, K., Lichtman, J., Parashar, S., Vaccarino, V., Krumholz, H., ... Spertus, J. (2007). Does Health Status Differ between Men and Women in Early Recovery after Myocardial Infarction? *Journal of women health*, 16(1), 93-101. doi: 10.1089/jwh.2006.M073

\*Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K. (2015). Women's help-seeking behavior during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 30(4), 670-677. doi: 10.1111/scs.12286

\*Higginson, R. (2007). Women's help-seeking behavior at the onset of myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 17(1), 10-14.

Holzmann, M., Gasevic, D., Rullman, E., Ruge, T., Carlsson, A., & Lundbäck, M. (2017). Risk of readmissions after myocardial infarction in women versus men. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(11). doi: 10.1016/S0735-1097(17)33579-9.

Humphries, K-H., Izadnegahdar, M., Sedlak, T., Saw, J., Johnston, N., Schenck-Gustafsson, K., ... Bairey Merz, C-N. (2017). Sex differences in cardiovascular disease – Impact on care and outcomes. *Frontiers in Neuroendocrinology*. doi: 10.1016/j.yfrne.2017.04.001.

Hjärt-lungfonden. (2016). *Hjärtinfarkt: En skrift om vad som händer under och efter infarkt*. Hämtad 26 januari, 2017, från <https://www.hjartlungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/>

Isaksson, R-M., Holmgren, L., Lundblad, D., Brulin, C., & Eliasson, E. (2007). Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 152–158. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.09.001

\*Johansson Sundler, A., Dahlberg, K., Ekenstam, C. (2009). The Meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial

Infarction. *Qualitative Health Research*, 19(3), 375-387. doi:  
10.1177/1049732309331882

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart and lung*, 34(1), 39-50. doi:  
10.1016/j.hrtlng.2004.07.001

Madsen, R., & Birkelund, R. (2015). Women's experiences during myocardial infarction: systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5/6), 599–609. doi: 10.1111/jocn.13096

McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s. 81-110). Stockholm: Liber.

McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24, 620-634. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x

Nilsson, G., Moee, T., Söderström, L., & Samuelsson, E. (2016). Pre-hospital delay in patients with first time myocardial infarction: an observational study in a northern Swedish population. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(93). doi:  
10.1186/s12872-016-0271-x.

Polit, D., & Beck-Tatano, C. (2016). *Nursing Research; Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

Rosenfeld, A. (2006). State of the heart: Building science to improve women's cardiovascular health. *American journal of critical care*, 15(6) 556-565.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Schenck-Gustafsson, K. (2007). Diagnosis of cardiovascular disease in women. *British Menopause Society, Menopause International*, 13(1), 19-22. Doi: 10.1258/175404507780456818

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 31 januari, 2017, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

Sjögren, P-A., Györki, I., & Malmström, S. (2010). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Bonnier.

\*Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. (2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 10-17. doi: org/10.1016/j.ijnurstu.2007.11.001, 9.

\*Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 459-466. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

Sveriges kommuner och landsting. (2014). *(O)jämställdhet i hälsa och vård*. Hämtad 24 april, 2017, från Sveriges kommuner och landsting, SKL <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-052-8.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Jämställd behandling mellan kvinnor och män med diabetes och hjärt-kärlsjukdomar*. Hämtad 24 april, 2017, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20582/2017-3-65.pdf>

\*Stevens, S., & Thomas, Sandra. (2012). Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction. *Health Care for Women International*, 33(12), 1096-1113. doi:10.1080/07399332.2012.684815

Strömbäck, U., Vikman, I., Lundblad, D., Lundqvist, R., & Engström, Å. (2016). The second myocardial infarction: Higher risk factor burden and earlier second



myocardial infarction in women compared with men. The Northern Sweden MONICA study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 1–7. doi: 10.1177/1474515116686229

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

\*Söderberg, L H., Johansen, P H., Herning, M., & Berg, S K. (2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3532-3540. doi: 10.1111/jocn.12382

\*White, J., Hunter, M., & Holttum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3): 278-288. doi: 10.1080/13548500600971288.

Wang, W. & M., Kamala, D. (2012). Impact of acute myocardial infarction on a patient's physical and psychological status: A discussion paper. *Singapore Nursing Journal*, 39(4) 30-35.

Westphal, E., Alkema, G., Seidel, R., & Chernof, B. (2016). How to Get Better Care with Lower Costs? See the Person, Not the Patient. *Journal of The American Geriatrics Society*, 64(1) 19–21. doi:10.1111/jgs.13867

\*inkluderade artiklar i resultatet

## 12. Bilaga 1-Kvalitetsgranskning av kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

**Maxpoäng:** 25

**Erhållen poäng:**

**Kvalitet:** <15p låg 16-20p medel 21-25p hög

### 13. Bilaga 2, valda artiklar

Sammanställning av artiklar (n=11) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Albarran, J., Clarke, B., & Crawford, J. 2007 England	"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	This study explores the nature of symptoms as experienced by women prior to and during MI	Kvalitativ Intervju	N=12	Kvinnor tenderar att rationalisera sina symtom och finna bortförklaringar. Illamående är vanligast följt av känslan av att svimma samt svettningar. Domningar, tyngdkänsla och smärta är olika obehag kvinnorna upplever i kroppen vid hjärtinfarkt.	Hög
Arslanian-Engoren, C., & Scott, L D. 2016 USA	Women's perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience	To examine women's perceptions of their ER cardiac triage experience	Kvalitativ Intervju	N= 14	Kvinnor möter problem i kontakten med sjukvården. De upplever att deras symtom blir ifrågasatta och att vårdpersonalen också har problem att tolka symtomen rätt, vilket leder till att diagnos och behandling fördröjs.	Medel
Fouchi, G., & Foa C. 2017 Italien	Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach.	To gain a more in-depth understanding of how coping strategies, self-efficacy, quality of life and social support shape women's adjustment to AMI	Kvalitativ och kvantitativ Intervjuer för kvalitativa data. Vi har enbart använt den kvalitativa delen.	N=57	Kvinnor som antar ett undvikande beteende som coping strategi efter en hjärtinfarkt kan fördröja processen med att bearbeta deras upplevelse och det kan bidra till en ökad oro. Kvinnor som istället får stöd att stärka deras självstyrka upplever en större livskvalité på alla plan.	Medel
Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K. 2015 Sverige	Women's help-seeking behavior during first acute myocardial infarction	The aim of this study was to identify how women's experience interacted and influenced the decision to seek medical care at their first AMI	Kvalitativ Intervju	N=17	Många kvinnor upplever förkänningar till en hjärtinfarkt, men kvinnorna tolkade sina symtom initialt som stress eller muskelbesvär. När symtomen sedan tilltog fortsatte kvinnorna att leta efter andra förklaringar än en hjärtinfarkt.	Hög

Higginson, R. 2007 England	Women's help-seeking behavior at the onset of myocardial infarction	To explore the female experience of MI	Kvalitativ Intervju	N=25	Hjärtinfarkt ses som ett manligt problem och det bidrar till att både vårdpersonal och kvinnor som drabbas hjärtinfarkt har svårt att tolka symtom rätt.	Medel
Johansson-Sundler, A., Dahlberg, k., Ekenstam, C. 2009 Sverige	The Meaning of Close Relationships and Sexuality: Women's Well-Being Following a Myocardial Infarction	Our aim with this study was to explore, using a phenomenological lifeworld perspective, the meaning of close relationships and sexuality to women's health and well-being following an MI.	Kvalitativ Intervjuer	N=10	Meningsfulla nära relationer var viktigt för kvinnorna och gav dem stöd. Att känna sig älskad och bli älskad var viktigt. Kvinnorna beskrev också att relationer och det vardagliga livet kunde orsaka lidande.	Medel
Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. 2007 Sverige	Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis	To describe and explore women's stress before and after an MI.	Kvalitativ Intervjuer	N=20	Kvinnorna levde ett stressigt liv innan hjärtinfarkten. Efter hjärtinfarkten hade de inte styrka nog att leva som de gjorde innan. Det var svårt att göra förändringar och det fanns begränsningar i det vardagliga livet. De ville leva som de gjort innan men de orkade inte.	Hög
Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. 2011 Sverige	Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later	To explore and describe how women conceived their health and daily life 5 years after the MI	Kvalitativ Fenomenografi/intervju	N=12	Hjärtinfarkten orsakade begränsningar i kvinnornas liv. De upplevde fysiska begränsningar, trötthet och andra problem. Många kvinnor var oroliga att de skulle få en ny infarkt. Vissa kvinnor var tacksamma och beskrev det som att få en andra chans.	Medel
Stevens, S., & P. Thomas, S. 2012 USA	Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction	We designed this existential phenomenological study to understand the experiences of midlife women who had returned home to recover from a first-time MI	Kvalitativ Intervjuer	N= 8	Kvinnor upplevde psykologiska komplikationer efter infarkten. Stress, ångest och depression var vanligt. Brist på utbildning om hjärtinfarkt och kvinnors behov av information förbisågs av vårdpersonalen. Kroppen förändras och förstör kvinnornas rutiner i livet.	Medel

Söderberg, L H., Johansen, P P., Herning, M., & Berg, S K.  2013  Danmark	Women's experience of sexual health after a first-time myocardial infarction.	The purpose of this study was to describe women's experiences of sexual health six month after a first-time MI	Kvalitativ  Intervju	N=11	Det sexuella livet blir lidande för kvinnor efter en hjärtinfarkt, även om det är svårt att veta om det beror på hjärtinfarkten eller andra faktorer. Utebliven eller bristande närhet och sex påverkar dock kvinnor negativt.	Medel
White, J., Hunter, M., & Holtum, S.  2007  England	How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping	This study aimed to explore adjustment in terms of women's perception of their cardiac event, impact on relationships and coping strategies employed.	Kvalitativ  Intervjuer	N=5	För de flesta kvinnor var händelsen oväntad och gjorde dem osäkra. Kvinnor tenderade att minimera svårighetsgraden av symtom och händelsens inverkan. Kvinnorna visar en stark känsla av optimism och hoppas att livet snart skulle återgå till "normalt".	Medel