

Institutionen för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Termin 6, år 2007

När hjärtat sviker

Kvinnors upplevelser och behov av stöd i samband med hjärtinfarkt

En systematisk litteraturstudie

Författare
Hanna Holén
Ann Sarén

Handledare
Marie Olsen

Examinator
Charlotte Hillervik

Department of Health and Social Sciences
Essay Course – Nursing
Undergraduate level II, 16 ECTS - credits
Term 6, year 2007

When the Heart Lets You Down

Womens Experiences and Need of Support at the Time of Heart Attack

A Systematic Review

Authors
Hanna Holén
Ann Sarén

Supervisor
Marie Olsen

Examiner
Charlotte Hillervik

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt samt vilket behov av stöd dessa kvinnor har. Studien utfördes som en systematisk litteraturstudie där resultatet är baserat på 13 vetenskapliga artiklar sökta ur databaserna Elin@, Swemed och Pubmed. För att säkra studiernas kvalitet är artiklarna granskade utifrån granskningsmallar. Resultatet visade att många av kvinnorna som drabbats av hjärtinfarkt inte tog sina symtom på allvar, diagnosen kom som en chock och de förnekade vad som hade hänt. De skämdes över att vara sjuka och behöva hjälp. Att komma tillbaka till det dagliga livet efter hjärtinfarkten upplevdes som svårt, de ville att allt skulle vara som innan och när de inte klarade av det kändes det som om de tappade kontrollen. De kände också en stor press på sig att förändra sin livsstil. Vetskapen om att livet fort kunde ta slut framkallade känslor som oro, rädsla och respekt för livet. Kvinnors behov av stöd visade sig genom att de önskade mer individuellt anpassad information och råd om bland annat medicinering och livsstilsförändringar. Socialt och emotionellt stöd genom ett stödjande nätverk och att få dela med sig av sina upplevelser för andra med liknande erfarenheter beskrevs också som ett behov.

Nyckelord: *Hjärtinfarkt, kvinnor, stöd, upplevelser*

Key words: *Experiences, myocardial infarction, support, women*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	2
Hjärt- kärlsjukdomar i Sverige	2
Sociala och regionala skillnader.....	2
Ålder.....	3
Patofysiologi	3
Symtom.....	3
Diagnostisering.....	4
Behandling	4
Riskfaktorer	5
Friskfaktorer	5
Omvårdnad vid hjärtinfarkt.....	5
Sjuksköterskans ansvar	6
Problemformulering.....	6
Syfte	7
Frågeställningar	7
Design.....	7
METOD	7
Datainsamling	7
Urval.....	7
Analys	8
Mätinstrument för artikelgranskning.....	8
Etisk granskning	8
RESULTAT.....	9
Upplevelser kvinnor har i samband med hjärtinfarkt.....	9
Upplevelser av diagnosen.....	9
Förnekelse	9
Mötet med vården.....	9
Omgivning och familj.....	10
Begränsningar i det dagliga livet.....	11
Förlorad tro till sin kropp.....	11
Livsstilsförändringar	12
Framtid och arbete	12
Livet och döden.....	12
Behovet av stöd hos kvinnor som har drabbats av hjärtinfarkt	13
Stöd genom samtal	13
Individuellt anpassat stöd.....	13
Informativt stöd.....	14
Emotionellt och socialt stöd	14
DISKUSSION	15
Sammanfattning av huvudresultaten	15
Resultat diskussion	15
Metoddiskussion.....	18
Slutsats	19
Förslag till vidare forskning.....	19
REFERENSER.....	21
Bilaga 1. Tabell 1, Redovisning av artikelsökning.	23
Bilaga 2. Tabell 3, Redovisning av använda artiklar i resultatet.	24
Bilaga 3. Granskningsmall för kvalitativa studier	26
Bilaga 4. Granskningsmall för kvantitativa studier.....	27

INLEDNING

Den vanligaste dödsorsaken hos kvinnor idag är hjärtinfarkt (Hjerpe, 2007). Ändå har hjärt-kärlsjukdomar enligt tradition setts som en typisk manlig sjukdom. Forskning rörande hjärtinfarkt och dess underliggande orsaker har främst koncentrerats till yngre män. Det har förutsatts att resultatet av denna forskning gällt även för kvinnor (Orth- Gomer, 2005). Fler män än kvinnor insjuknar också i hjärt- kärlsjukdomar. Skillnaden är störst bland män och kvinnor i medelåldern, där män löper fyra gånger så stor risk att drabbas av hjärtinfarkt (Rosen, 2005). Dock visar senare forskning på att kvinnors hjärtan och dess sjukdomar ser annorlunda ut än mäns (Orth- Gomer, 2005).

Hjärt- kärlsjukdomar i Sverige

Bättre behandlingsmetoder gör att risken att avlida i hjärtinfarkt har minskat drastiskt. Trots detta är hjärt- kärlsjukdomar ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige. De senaste tjugo åren har risken att insjukna och avlida i hjärt- kärlsjukdomar minskat med 23 procent och hjärtinfarkt med 40 procent. Den minskade risken att insjukna i hjärt- kärl sjukdomar beror i stor del på minskad användning av tobak, samt lägre blodtrycks och blodfettsnivåer (Rosen, 2005).

Sociala och regionala skillnader

Folkhälsorapporten (2005) visar att risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar varierar kraftigt mellan olika sociala grupper i samhället. Lågutbildade män har över dubbelt så stor risk att insjukna och avlida i dessa sjukdomar än utbildade tjänstemän. Skillnaden mellan låg och högutbildade kvinnor är ännu större. Lågutbildade kvinnor löper 60 procent större risk att insjukna i hjärtinfarkt än kvinnliga tjänstemän. Rökvanor, levnadsvanor, monotomt enformigt arbete, ekonomiska förhållanden och familjeförhållanden är faktorer som kan förklara dessa skillnader (a.a).

På 70- och 80-talet var risken för att insjukna och dö i hjärt- kärlsjukdomar större i norra Sverige samt Värmland än i övriga Sverige. Då kolesterolvärdena i dessa delar av landet samtidigt var högre än riksgenomsnittet kan kostvanorna ha betydelse. Dessa regionala skillnader har fram till det senaste decenniet varit stabila då mönstret har börjat förändrats. Flera län bland annat Västerbotten samt Norrbotten har mycket beroende på förebyggande insatser haft en större nedgång i dödlighet än flera andra län vilket gör att de idag ligger nära

riksgenomsnittet. I dag är det i bland annat Örebro, Södermanlands, Dalarnas och Kalmar län som utvecklingen inte går i samma takt som i övriga Sverige (Rosen, 2005).

Alder

Av antalet avlidna i Sverige dör drygt 40 procent av hjärt- kärlsjukdomar. Risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar ökar kraftigt med åldern. Personer mellan 75-80 år löper nio gånger så stor risk att insjukna i hjärtinfarkt än hos personer i medelåldern (Rosen, 2005).

Patofysiologi

Hjärtinfarkt innebär att blodflödet plötsligt försämras i en kransartär vilket leder till försämrad syretillförsel i hjärtmuskulaturen. Käril som drabbats av åderförkalkning har hårda plack inlagrade i kärilväggen. När dessa plack går sönder aktiveras trombocyterna i blodet som försöker laga det bristande kärlet vilket leder till att kärlet blir tilltäppt. De skadade cellerna i kärilväggen och trombocyterna frisätter också substanser som utlöser kärilspasm. Kärilspasmen försämrar ytterligare blodflödet till hjärtmuskulaturen vilket förvärrar syrebristen och förorsakar infarkt. Ju kraftigare syrebrist ett vävnadsområde utsätts för desto större blir infarkten. Hjärtinfarkt kan även uppkomma utan plackruptur. I de drabbade kranskärlen kan substanser i kärlet utlösa en så kraftig kärilväggsspasm att kranskäret täpps igen. Situationer som kan orsaka en sådan belastning på hjärtat så att hjärtinfarkt uppstår är stress, feber, grav anemi eller blodtrycksfall. Hur stor infarkten blir beror på hur tilltäppt kärlet är och hur länge kärilspasmen pågår. Hjärtinfarkt kan också utvecklas när en blodpropp plötsligt förorsakar en snabb och total tilltäppning av kärlet. I andra fall tar det längre tid för tromboserna att utvecklas och omkringliggande blodkärl hinner bilda kollateraler, det vill säga nybildade blodkärl som leder blodet förbi stoppet och delvis kan kompensera för det avstängda kärlet (Ericson & Ericson, 2002)

Symtom

Typiska symtom på hjärtinfarkt är plötsliga och svåra centrala bröstsmärtor utlösta vid vila eller under ansträngning. Smärtorna kan vara ihållande eller komma i intervaller, utstrålade eller diffusa (Ericson & Ericson, 2002). Ofta strålar smärtorna ut i vänster arm, men smärtor kan även kännas i höger arm, händerna, underkäken, magen och ryggen. Andningssvårigheter med eller utan smärta, svimning och yrsel i samband med smärta är även symtom på hjärtinfarkt (Gill & Dalby-Kristensen, 2005). Ibland är det andra besvär som ångest, illamående, kallsvettighet, andfåddhet mer påtagliga än smärtupplevelsen vilket är särskilt

vanligt hos kvinnor (Ericson & Ericson, 2002). De flesta kvinnor har bristande kunskaper om att dessa diffusa symptom kan vara en hjärtinfarkt. Kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt med symptom som illamående och andfåddhet förknippar inte symptomen med en infarkt vilket leder till att de inte söker hjälp hos sjukvården lika snabbt som de med typiska symptom. Däremot söker de kvinnor som har kunskap om dessa symptom hjälp hos sjukvården omedelbart (Meische, Yasui, Kuniyuki, Bowen, Andersen & Urban, 1999).

Diagnostisering

För att ställa diagnos vid misstänkt hjärtinfarkt användes tre huvudkriterier, symptom bilden, EKG-förändringar samt förekomst av infarktenzymer i blodet (Held, 2006). EKG avläser hjärtats elektriska aktivitet och förändringar kan påvisa en hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2002). Genom att mäta förekomsten av infarktenzymer i blodet kan skada i hjärtmuskeln påvisas, ju större enzymutsläpp desto större skada (Ericson & Ericson, 2002; Held, 2006). När det gäller kvinnor är det svårare att ställa diagnos beroende på kvinnors annorlunda patofysiologi. Relaterat till kroppsvikten har kvinnor mindre hjärtan och kranskärlen är smalare. Smalare kranskärl gör att kvinnor oftare utvecklar spasm i hjärtats kärl. De atypiska symptomen gör det svårt för läkarna, eftersom dessa symptom även är symptom på många andra sjukdomar (Schenk-Gustafsson, 2003). Diagnostiseringen försvåras även av att kvinnors kranskärl inte visar någon förändring även under pågående hjärtinfarkt. Det här gör att dessa kvinnor riskerar en felaktig diagnos och i många fall inte kommer i tid till sjukhuset för snabb vård (Hjerpe, 2007).

Behandling

Risken att dö i hjärtinfarkt är som störst de första timmarna efter symptomdebuten. Det är därför viktigt att det akuta omhändertagandet sker snabbt och med stor kunskap. Eftersom vävnadsskadan utvecklas direkt vid smärtdebut är den initiala vården i hemmet och i ambulansen av stor vikt för utvecklingen av skadan. Målet med behandlingen vid hjärtinfarkt är att tiden mellan symptomdebut och trombolysbehandling ska vara så kort som möjligt. Hindret i kranskärllet kan då lösas upp och på det sättet begränsas skadan i hjärtmuskeln (Ericson & Ericson, 2002). Kvinnor, främst yngre har högre dödlighet vid hjärtinfarkt. De har också högre förekomst av att på nytt insjukna, att drabbas av hjärtsvikt i samband med hjärtinfarkten samt högre dödlighet vid hjärtoperationer. De drabbas också i högre grad av komplikationer vid ballongvidgning och hjärtoperationer. Den ökade dödligheten och komplikationsrisken hos kvinnor kan bero på att när kvinnorna väl blivit diagnostiserade är

de mycket sjuka och att de i mindre omfattning får behandlingar som ballongvidgning, trombolys och morfin (Schenk-Gustafsson, 2003).

Riskfaktorer

Det finns många orsaker till hjärtinfarkt och de största riskfaktorerna är högt blodtryck, höga blodfetter och diabetes. Högt blodtryck och diabetes ökar risken för hjärtinfarkt därför är det viktigt att personer med diabetes har sjukdomen under kontroll och personer med högt blodtryck får hjälp att sänka det med livsstilsförändringar eller läkemedel. Halten av blodfettet kolesterol spelar en viktig roll för risken att drabbas av ateroskleros – förkalkade blodkärl, vilket ökar risken för hjärtinfarkt. Kolesterolnivån i kroppen påverkas av ärftliga anlag men kosten har också stor betydelse, om kosten innehåller mycket mättat fett bildas det mer kolesterol än vad kroppen behöver. Livsstilsfaktorer som rökning, felaktig kost, fysisk inaktivitet, övervikt och stress påverkar nivån av blodfetter i kroppen. Om man har ärvt anlag som ökar risken för hjärt- kärlsjukdomar är det extra viktigt att försöka påverka de riskfaktorer som är ogynnsamma i livsstilen (Swahn, 2006).

Friskfaktorer

Regelbunden motion minskar risken att drabbas av hjärt- och kärl sjukdomar, blodtrycket sänks och blodfettsbalansen blir bättre (Swahn, 2006). Läkare rekommenderar att man rör på sig cirka 30 minuter varje dag genom att till exempel promenera. För att göra träningen effektiv så ska så stora muskelgrupper som möjligt engageras. Utöver dagliga promenader så bör ytterligare några längre pass på 30-45 minuter läggas till någon gång i veckan med aktiviteter som cykling, simning eller dans. Genom att välja magrare mejeriprodukter kan man minska andelen mättat fett i kosten. Mat som är bra att äta är fisk samt mycket fibrer och grönsaker, mellan fem och sju frukter eller grönsaker varje dag (Hjerpe, 2004). Risken för att drabbas av hjärtinfarkt påverkas även av familj, vänner, utbildning och arbete. Goda sociala nätverk och längre utbildning har visat sig vara faktorer som minskar risken att drabbas (Swahn, 2006).

Omvårdnad vid hjärtinfarkt

Samtidigt som det är viktigt att skydda det skadade hjärtat från för hög belastning den första tiden efter infarkten bör patienten mobiliseras så snabbt som möjligt för att minska sänglägeskomplikationer. Beroende på hur stor skada infarkten har gett och hur patienten mår bedöms hur snabbt mobiliseringen ska starta. I allmänhet brukar patienten ligga till sängs så

länge symptom kvarstår och skadans omfattning inte än är fastställd. I de flesta fall kan mobiliseringen starta inom ett par dygn. Omvårdnadsåtgärder som begränsat intag av vätska och vätskedrivande behandling vid hjärtsvikt samt urinmätning för att se att kroppen inte samlar på sig vätska, görs för att skydda hjärtat. Patienten brukar de första dygna vara uppkopplad med EKG. Puls och blodtryck kontrolleras med jämna mellanrum. Den första tiden kan patienten behöva hjälp med bland annat hygien och toalettbesök för att sedan i takt med att orken kommer tillbaka klara allt mer själv (Ericson & Ericson, 2002; Held, 2006).

Sjuksköterskans ansvar

I en rapport från Socialstyrelsen (2007) baserad på Allmänna råd från socialstyrelsen 1995:5 beskrivs kompetenskrav för legitimerade sjuksköterskor, specialiserade sjuksköterskor samt barnmorskor. En legitimerad sjuksköterska ska bland annat arbeta för att främja hälsa och minska sjukdom hos den enskilda patienten. I omvårdnaden kring patienten ingår att skapa en förtroendefull relation till patienten, så att denne känner sig delaktig i omvårdnaden. Sjuksköterskan ska också kunna se och bedöma behovet av stöd och omvårdnad, både fysiska och psykiska behov. Beroende var sjuksköterskan arbetar och vilka patienter hon träffar och vilka behov patienterna har behöver sjuksköterskan utökad kompetens för att kunna ge bra vård till den enskilde patienten. Förutom vidareutbildning krävs det av sjuksköterskan att hon är aktiv och följer nya forskningsrön och aktivt utnyttjar dessa i arbetet kring patienten (a.a). I arbetet kring en patient med hjärtinfarkt krävs inte bara ett professionellt omhändertagande kring den dagliga vården utan det är av yttersta vikt att sjuksköterskan får en förståelse för hur patienten upplever sin situation. Det är sjuksköterskans ansvar att skapa en relation med patienten för att inge förtroende hos denne så att patienten kan prata om det som känns viktigt för henne (Fridlund, 1998).

Problemformulering

Det har inte länge varit känt att kvinnors symptom på hjärtinfarkt kan vara helt olikta mäns. Det har både tagit längre tid för kvinnor att få vård och få rätt diagnos än män med typiska hjärtinfarktssymptom (Schenk-Gustavsson, 2001). Denna studie vill lyfta fram kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt samt vilket behov av stöd dessa kvinnor har. Denna kunskap är viktig för att vi som sjuksköterskor ska kunna utveckla vården så att den tillgodoser kvinnornas behov.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt samt vilket behov av stöd kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt har.

Frågeställningar

1. Vilka upplevelser har kvinnor i samband med hjärtinfarkt?
2. Vilket behov av stöd har kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt?

Design

Studien genomfördes som en systematisk litteraturstudie.

METOD

Datainsamling

Till inledningen har litteratur från biblioteket Högskolan Dalarna, Leksands Bibliotek, internetsidor samt vetenskapliga artiklar använts. Materialet till resultatet söktes i databaserna Elin@dalarna, Pubmed, Swemed samt biblioteket Högskolan Dalarna. Sökorden som användes var *myocardial infraction, women, heart attack, experiences, nursing och support*. Sökorden användes i olika kombinationer (**Bilaga 1**).

Urval

Urvalskriterierna var att artiklarna skulle vara skrivna på svenska, engelska eller norska, samt att studierna skulle vara utförda på kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. Artiklar som inte skiljde mellan mäns och kvinnors upplevelser i resultatet har exkluderats. För att aktuell forskning skulle användas till denna studie inkluderades endast artiklar publicerade mellan 1997 och 2007. Urvalet av artiklarna gjordes genom att läsa artiklarnas titel. Kunde titeln associeras till hjärtinfarkt, kvinnor, upplevelser och/eller stöd så lästes artikelns abstrakt. I de fall abstraktet innehöll relevant fakta för studien lästes hela artikeln. Svarade innehållet i artikeln mot syfte och frågeställningar samt om kvalitetsgraden var medel eller hög togs artikeln med i resultatet. Sammantaget har 13 artiklar som besvarade syfte och frågeställningar använts till denna studie.

Analys

En första bearbetning av artiklarna gjordes genom att artiklarna delades upp mellan uppsatsförfattarna som läste, översatte och sammanfattade innehållet i studien. De artiklar som inte motsvarade studiens syfte och frågeställningar plockades bort. Därefter läste båda uppsatsförfattarna översättningarna och sammanfattningarna av de kvarvarande artiklarna för att tillsammans bedöma studiernas relevans i denna uppsats. Till resultatet har 13 artiklar använts, varav en artikel var opublicerad. Artiklarna som använts i resultatet redovisas i **(Bilaga 2)**.

Mätinstrument för artikelgranskning

De artiklar som inkluderades granskades med hjälp av modifierade granskningsmallar både för kvalitativa och kvantitativa studier (Forsberg & Wengström, 2003) se **(Bilaga 3 och 4)**. Granskningsmallarna består av 25 respektive 29 frågor. Frågorna besvaras med ja och nej, där ja poängsattes med 1 och nej med 0. Maxpoängen för kvalitativa studier var 25 poäng och för de kvantitativa studierna 29 poäng. Uppsatsförfattarna har genom att dela in poängen i tre lika intervaller bedömt studiernas kvalitet som låg, medel eller hög (Tabell 2).

Tabell 2. Kvalitetsbedömning

	Låg	Medel	Hög
Kvalitativ studie	1-8 p	9-15 p	16-25 p
Kvantitativ studie	1-9 p	10-20 p	21-29 p

Etisk granskning

Artiklarna som används i uppsatsen har genomgått etisk granskning innan publicering. Uppsatsförfattarna hade för avsikt att sanningsenligt analysera data i artiklarna.

RESULTAT

Upplevelser kvinnor har i samband med hjärtinfarkt

Upplevelser av diagnosen

Kvinnorna i en studie gjord av Kerr och Fothergill-Bourbonnais (2002) upplevde att diagnosen hjärtinfarkt kom som en chock, överraskning och ingav tvivel. Flera trodde att hjärtinfarkt inte kunde drabba dem då det var en manlig sjukdom. En annan studie visade att de flesta kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt inte tog sina symptom på allvar. De upplevde inte att dessa symptom var tecken på hjärtinfarkt utan relaterade till andra sjukdomar som sjukdomar i magen/tarmarna eller så förstod de inte alls vad som hände (Kristofferzon, Löfmark, Carlsson & 2005). Kvinnorna tycktes tro att kännetecknet för hjärtinfarkt var outhärdlig bröstsmärta vilket gjorde att de istället för att söka vård försökte ignorera symtomen och fortsätta som vanligt. En del kvinnor trodde att de hade inbillat sig symtomen. När de fick veta att det var hjärtinfarkt trodde de att vårdpersonalen misstagit sig. För många av kvinnorna var det en så skrämmande situation att de valde att inte engagera sig diagnosen (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001).

Förnekelse

Flera studier visade att kvinnorna tog avstånd från sjukdomen och dess konsekvenser och förnekade vad som hänt. De väntade på att symtomen skulle försvinna, de ville inte erkänna att de var sjuka och försökte envist att leva sitt dagliga liv (Svedlund & Axelsson, 2000; Svedlund, Danielsson, Norberg, 2001). En studie gjord av Sjöström-Strand och Fridlund (2007) beskrev att speciellt yngre kvinnor hade svårt att ta till sig att de drabbats av hjärtinfarkt. De ansåg att hjärtinfarkt drabbar äldre personer och förstod inte hur detta kunde hända dem (a.a). Många kvinnor ville inte inse att hjärtinfarkten skulle påverka deras liv. När smärtan var borta trodde de att det var över och hade svårt att ta till sig att de haft en hjärtinfarkt. De ville inte vara på sjukhuset, de ville åka hem så fort det var möjligt (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001).

Mötet med vården

Flera kvinnor kände att de inte togs på allvar av sjukvården. De beskrev hur de var tvungna att kontakta vården upprepade gånger innan de fick hjälp (Lovlien, 2001). I en svensk studie gjord av Svedlund, Danielsson och Norberg (2001) framkom att kvinnorna upplevde att de

blev inslängda i en patientroll utan förvarning när de fick hjärtinfarkten. De upplevde också att det var obehagligt att vara patient när de vanligtvis var vana att kunna ta hand om sig själva och sköta allt i hemmet. Anhöriga var vana att se dem som starka och aktiva individer som gav vård hellre än ta emot och detta upplevde kvinnorna som jobbigt. De skämdes över att vara sjuka och behöva hjälp med till exempel att klä av sig och när de skulle gå. Då kvinnorna var inlagda på sjukhuset var de rädda att störa och ville inte ses som en jobbig patient (a.a).

En undersökning visade att kvinnorna upplevde kontakten med sjuksköterskan som positiv. De uppskattade kontakten med henne/honom mer än vad de gjorde med läkaren eftersom de ansåg att de hade en bättre och öppnare dialog med sjuksköterskan. I kontakten med läkare upplevde kvinnorna att det var svårt att få tillräckligt och relevant information om framför allt problem som kunde uppstå efter infarkten (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005). En annan studie påvisade att kvinnorna många gånger upplevde att de var beroende av sjukvårdspersonalen och deras kunskap för att förbättra sin egen hälsa. De uppgav även att då sjukvårdspersonalen inte uppmärksammade deras upplevelser kring sjukdomen och deras livssituation kände kvinnorna det som att sjukvården endast såg en diagnos, inte en individ. I sådana situationer när de kände att de inte blev tagna på allvar och sjukvårdspersonalen inte såg vad de behövde kände de sig förolämpade och nonchalerade (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2005). Liknande resultat framkom i en annan studie där flera kvinnor upplevde att de inte fick tillgång till det psykiska och praktiska stöd det hade blivit utlovade vilket gjorde att de kände sig deprimerade och ensamma (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). Trots detta upplevde kvinnorna att de var nöjda med mötet med sjukvårdspersonalen och att de blivit väl omhändertagna (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2005).

Omgivning och familj

Ett par studier beskriver att kvinnorna upplevde personer i sin närhet som viktiga för stöd i sin sjukdom, behandlingar och symptom. Trots att det kändes bra med närståendes omtanke kände de sig ibland överbeskyddade (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005; Worall-Carter, Jones & Driscoll, 2005). En annan studie visade också att tidigare sociala roller förändrades på grund av sjukdomen. Välmenande vänner tog över deras roller vilket ledde till känslor av tristess och onyttighet (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Kvinnorna oroade sig mer över hur maken och barnen skulle klara av situationen än hur de själva skulle klara av sin sjukdom (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001). Kvinnorna ville känna sig behövd

och kunna klara sig själva, de ville inte vara beroende av sina anhöriga eller vara en börda för dem (Svedlund & Axelsson, 2000)

Begränsningar i det dagliga livet

De flesta kvinnor upplevde att det dagliga livet efter en hjärtinfarkt var mycket svårt. De ville att allt skulle vara som innan hjärtinfarkten och när de inte klarade av det upplevde de att de tappade kontrollen. Sviter av sjukdomen, ofta en enorm trötthet gjorde att de inte orkade göra saker i samma takt som förut vilket upplevdes som mycket stressande (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). En studie visar att kvinnorna överväldigades av känslor av kaos under de första veckorna hemma efter utskrivningen. Det som förut setts som normalt i det dagliga livet som att laga mat, handla, tvätta, städa, och att ägna sig åt fritidsaktiviteter blev sporadiskt och ständigt påmindes de om att de drabbats av hjärtinfarkt (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). I Svedlund och Axelssons (2000) studie beskrev flera av kvinnorna som deltog i studien att de kände skuld och skam för att de var svaga, de kände sig även värdelösa och tyckte att de förlorat den frihet som friska personer hade (a.a). Det sociala livet inskränktes då de inte orkade umgås med familjen och vänner som de gjort tidigare. Kvinnorna hade en längtan efter att göra saker men kroppen sa ifrån (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003).

Förlorad tro till sin kropp

En studie visar att en stor del av kvinnorna efter hjärtinfarkten upplevde att de inte vågade lita på att kroppen skulle fungera. En av kvinnorna i studien beskrev att hon inte ville bli lämnad ensam ifall något skulle hända. Flera av kvinnorna kände sig maktlösa inför tanken på att de skulle kunna drabbas av en till hjärtinfarkt och att de då är helt beroende av hjälp och vård för att överleva (Johansson, Dahlberg & Ekebergh 2003). Kerr och Fothergill-Bourbonnais (2002) belyste hur den kroppsliga förändringen upplevdes som en försämring av hälsan hos kvinnorna. Restriktioner av fysisk aktivitet beroende på kroppens begränsningar utlöste en mängd olika känslor. De upplevde frustration, att deras självständighet gått förlorad, känslor av maktlöshet och villrådighet. Några kvinnor beskrev att de kände sig som ett litet barn på nytt. Den fysiska begränsningen försämrade deras förmåga att lämna hemmet för ärenden eller socialt umgänge (a.a).

Livsstilsförändringar

Flera studier visar att kvinnorna upplevde det svårt att förändra sin livsstil efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Detta berodde till stor del på att de var beroende av hjälp från andra familjemedlemmar, dåliga kunskaper om hur rekommenderade livsstilsförändringar skulle användas och hur dessa skulle påverka deras hälsa. De kände också en stor press på sig att förändra sin hälsosituation genom att sluta röka, börja motionera och gå ner i vikt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005; Sjöström – Strand & Fridlund, 2007; Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001). Under den första tiden efter utskrivningen från sjukhuset funderade kvinnorna över vad som orsakat deras dåliga hälsa som lett till att de fått en hjärtinfarkt. De planerade även att de skulle dra ner på tempot, vila och göra stora förändringar i nivån av aktivitet. Flera av kvinnorna hoppades att de skulle kunna återfå sin nivå av hälsa de hade före insjuknandet medan några ville kämpa för att få bättre hälsa än före insjuknandet genom mer fysisk träning och mindre stress (Jackson, Daly, Davidsson, Elliot, Cameron-Traub, Wade, Chin & Salamonson, 2000).

Framtid och arbete

Funderingar över hur framtiden skulle komma att se ut, om de skulle kunna återvända till arbetet, rädslan över att bli sjuk igen var tankar som ständigt fanns närvarande och påverkade kvinnorna (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). En kvinna berättade i en intervju att hon var konstant orolig inför framtiden och att detta påverkade hennes dagliga liv negativt (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Sjöström-Strand & Fridlund (2007) visade att flera av kvinnorna upplevde den ekonomiska situationen som mycket stressande. De gick snabbt tillbaka till arbetet eftersom det upplevdes som mer stressande att vara hemma och tänka på ekonomin än att gå tillbaka till arbetet. Jackson et. al (2000) påvisade även att flera kvinnor direkt efter hjärtinfarkten var övertygade om att de skulle få lov att sluta jobba men efter några veckor kände de att de i framtiden kanske skulle kunna återgå till arbetet och aktiviteter som de gjort innan de insjuknade (a.a).

Livet och döden

I en studie beskrev kvinnorna hur liv och död blev en del av vardagen, vilket de inte tänkt på innan de fick hjärtinfarkten. Kvinnorna berättade hur de blivit varse om hur snabbt livet kan förändras utan förvarning. Viljan att leva blev starkare när de visste hur kort och bräckligt livet kunde vara. Efter infarkten togs ingenting för givet. Att uppskatta varje dag och göra livet mer meningsfullt blev viktigt. Att leva med vetskapen om hur fort det kan ta slut gjorde att de

upplevde känslor som rädsla, oro och respekt för livet (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Kvinnorna var tacksamma över att de fått en andra chans och tyckte att döden kändes skrämmande. Flera av dem uppgav att de inte levt livet fullt ut innan, men att den andra chansen gav dem möjlighet till det (Svedlund, Danielsson & Norberg 2001).

Behovet av stöd hos kvinnor som har drabbats av hjärtinfarkt

Stöd genom samtal

En studie visar att kvinnor reagerar annorlunda än män på omvårdnadsåtgärder som avsåg att minska den psykiska oron efter en hjärtinfarkt. De stödåtgärder sjuksköterskorna använde i form av undervisning antingen förvärrade eller gav inget resultat i förhållande till den psykiska oron. Däremot visade det sig att kvinnornas psykiska hälsa förbättrades med omvårdnadsåtgärder som att ge stöd genom att lyssna och uppmuntra (Cosette, Frasure-Smith & Lespérance, 2002). Då information och undervisningsmaterial många gånger upplevdes som förvirrande och inte passade dem i deras situation uttryckte kvinnorna en önskan om att personalen satt sig ner hos dem och gav dem stöd genom samtal. Samtalen skulle beröra sjukdomen och hur de skulle kunna hantera den, om medicinering och vilka biverkningar dessa läkemedel kunde ge. De ansåg även att det var viktigt att samtalen skulle ta upp vad det innebar att drabbats av hjärtinfarkt, vilka begränsningar sjukdomen kunde leda till och vad som kunde hända i framtiden (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart, 2003).

Individuellt anpassat stöd

I en studie gjord av Johansson, Dahlberg och Ekebergh (2003) framkom det genom intervjuer att kvinnorna saknade stöd när de kom hem från sjukhuset, de kände sig ensamma och övergivna vilket gjorde dem osäkra. Kvinnorna berättade att de i processen att återfå ett normalt liv genom att förena sig med sin kropp och sig själv efter hjärtinfarkten behövde stöd, vilket de inte ansåg att de fick. Råden de fått av vårdpersonalen var allmänna och de önskade att de fått individuella råd. Kvinnorna upplevde att de existentiella frågorna tillsammans med den allmänna informationen blev svår att hantera vilket gjorde dem passiva och osäkra på hur de skulle klara av livet. Kvinnorna efterfrågade professionell hjälp som kunde ge individuellt anpassad information och råd utifrån deras perspektiv. Även individuellt stöd angående medicinering saknade kvinnorna. Det var viktigt för kvinnorna att bli sedda och känna att de blev tagna på allvar för att må bra. Kvinnorna ansåg även att de behövde stöd för att klara av att göra förändringar i livsstilen (a.a).

Informativt stöd

Informationen de fick på sjukhuset var svår att ta till sig, då deras tankar var upptagna med annat. De hade svårt att se hur informationen kunde hjälpa dem. Däremot önskade kvinnorna att de hade fått mer information efter utskrivning i hemmet eftersom det var då alla frågor dök upp (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2005). En del kvinnor var besvikna på att de fick så lite information när de var på sjukhuset. Andra sa att de fått information men att de inte förstått den (Jackson et al. 2000).

Emotionellt och socialt stöd

Studier visar att emotionellt stöd var en viktig del för kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt, speciellt den första tiden på sjukhus och i hemmet. Studierna visar även att det var viktigt för kvinnorna att ha ett stödjande nätverk omkring sig för att de skulle kunna tillfriskna. Flera kvinnor förlitade sig på sin omgivning både gällande emotionellt och handgripligt stöd (Perry & Rosenfeldt, 2004; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). I likhet med ovanstående studier fann även Worall-Carter, Jones och Driscoll, (2005) att stöd från partners och andra familjemedlemmar i form av deras närvaro var viktigt för kvinnorna. Giftna kvinnor upplevde att deras make var det viktigaste stödet och för ogiftna kvinnor upplevdes barnen och vänner som det viktigaste stödet (a.a). I de fall de saknade stöd från sjukvården använde sig kvinnorna av sitt personliga nätverk för att få stöd till exempel familj, vänner, föreningar och religiösa grupper (Jackson, et.al. 2000).

I en studie utförd av Perry och Rosenfeldt (2004) uppmärksammades hur kvinnor i grupp kunde stödja och lära sig av varandra. De fick ett känslomässigt stöd genom att dela med sig av sina erfarenheter, speciellt för andra personer som hade varit med om samma sak. Detta var något som kvinnorna upplevde som positivt. Kvinnorna värderade sina medsystrar mer och de ansåg att de fick mer kunskap av dem än av det muntliga och skriftliga stöd de fått genom sjukvårdspersonalen (a.a). Däremot visade en annan studie att rehabiliteringsprogrammen som kvinnorna blev erbjudna att delta i upplevdes av många som jobbiga. Speciellt yngre kände att de inte hade något gemensamt med de andra deltagarna då dessa för det mesta var äldre personer som ofta även led av andra sjukdomar (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007).

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

Resultatet visade att många av kvinnorna som drabbats av hjärtinfarkt inte tog sina symtom på allvar, diagnosen kom som en chock och de förnekade vad som hade hänt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2005; Svedlund & Axelsson 2000; Svedlund, Danielsson & Norberg 2000). Att komma tillbaka till det dagliga livet efter hjärtinfarkten upplevdes som svårt, de ville att allt skulle vara som innan och när de inte klarade av det kändes det som om de tappade kontrollen. De kände också en stor press på sig att förändra sin livsstil (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). Vetskapen om att livet fort kunde ta slut framkallade känslor som oro, rädsla och respekt för livet. Kvinnors behov av stöd visade sig genom att de önskade mer individuellt anpassad information och råd om bland annat medicinering och livsstilsförändringar (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). De upplevde också ett behov av ett socialt och emotionellt stöd genom stödjande nätverk samt att dela med sig av sina upplevelser för andra med liknande erfarenheter (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Jackson, et. al. 2000; Perry & Rosenfeldt, 2004).

Resultatdiskussion

Hos kvinnor kan symtom som ångest, illamående, kallsvettighet och andfåddhet vara påtagligare än svåra bröstsmärtor (Ericson & Ericson 2002). Kvinnorna blev överraskade när de fick veta att de drabbats av en hjärtinfarkt, många trodde att hjärtinfarkt inte kunde drabba dem, de trodde att det var en sjukdom som främst män insjuknade i (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Kvinnorna tog inte symtomen på allvar då de trodde att symtomen för hjärtinfarkt var outhärdlig bröstsmärta. Speciellt yngre kvinnor hade svårt att förstå att de drabbats av en hjärtinfarkt, de trodde att det bara drabbade äldre människor (Kristofferson, Löfmark & Carlsson, 2005; Svedlund, Danielsson & Norberg, 2000; Sjöström-Strand & Fridlund, 2007) Hjärtinfarkt är den största dödsorsaken hos kvinnor (Hjerpe, 2007). Ändå finns inte kunskapen hos människor ute i samhället att hjärtinfarkt inte bara är en sjukdom för män, utan att den även i hög grad drabbar kvinnor. Därför anser uppsatsförfattarna att det borde arbetas mycket mer preventivt med att lyfta fram att kvinnor i hög grad drabbas av hjärtinfarkt och vilka symptom en kvinna kan ha. Om den här kunskapen hade funnits hos kvinnorna i dessa studier tror uppsatsförfattarna att de till större del förstått att symptomen tydde på hjärtinfarkt och sökt vård tidigare och inte blivit lika chockade av diagnosen.

Kvinnorna tog inte sina symptom på allvar, i många fall inte sjukvården heller. I flera fall var kvinnorna tvungna att söka vård upprepade gånger innan de fick hjälp (Lovlien, 2001). Även när de fått hjälp upplevde kvinnorna att de blev nonchalerade och inte sedda av sjukvårdspersonalen. De fick inte den information de behövde vilket gjorde att de blev beroende av sjukvårdspersonalens kunskaper, och inte själva kunde påverka sitt tillfrisknande. Trots detta tyckte de att de har blivit väl omhändertagna under sjukhusvistelsen (Jackson et al, 2000; Johansson, Dalberg & Ekebergh, 2005; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005).

Att kvinnorna beskriver så många negativa saker i mötet med vården och ändå upplever att de är nöjda med omhändertagandet anser uppsatsförfattarna är förvånade. En aspekt på detta menar uppsatsförfattarna är att kvinnor är mera benägna än män att vara tacksamma. De vill inte störa, biter ihop, de finns de som behöver hjälpen bättre. Det visar också Svedlund, Danielsson och Norberg (2000) där kvinnorna beskriver hur svårt det var att bli beroende och ta emot hjälp när man blir sjuk. Uppsatsförfattarna anser att detta är något som sjuksköterskan bör ha i åtanke i mötet med en patient som ser ut att klara sig bra själv och inte begär så mycket hjälp. Hennes situation kan vara svår och vara i stort behov av hjälp och stöd.

Att drabbas av hjärtinfarkt får många kvinnor att tappa fotfästet. Alla tidigare rutiner förändras på grund av att kroppen inte längre orkar som förut. De tappar kontrollen över tillvaron vilket får dem att känna sig bland annat maktlösa, svaga och frustrerade (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003). Alla individer är olika personligheter och har olika sociala roller. Därför anser uppsatsförfattarna att det är viktigt att stödet till kvinnor utformas utefter deras erfarenheter och upplevelser. Eftersom kvinnorna efter en hjärtinfarkt upplever det svårt att komma tillbaka till det dagliga livet (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007) så är ett förslag att utforma stödåtgärder som hjälper dem för att lättare kunna klara av det dagliga livet. Det kan till exempel vara information om vad de bör tänka på när de kommer hem, vad de kan göra och inte göra, samt att samtidigt involvera andra familjemedlemmar så att de förstår hur sjukdomen kan påverka den drabbade kvinnan och vad de kan göra för att hjälpa henne när hon kommer hem. Ett annat förslag är att dessa kvinnor har någon kontaktperson på sjukhuset som de kan vända sig till om något känns osäkert och frågor dyker upp.

I Sjöström- Strand och Fridlunds studie (2007) framkom det att kvinnorna kände stor press på sig att förändra sin livsstil efter att de drabbats av hjärtinfarkten genom att sluta röka, börja motionera och gå ner i vikt. I Sverige använder hjärtkliniker sig av rehabiliteringsprogram för att ge personer som drabbats av hjärtinfarkt stöd i dessa frågor. Dessa rehabiliteringsprogram har visat sig upplevas som jobbiga att delta i, speciellt hos yngre kvinnor. De kände ofta att de inte hade något gemensamt med de andra deltagarna, då de ofta var äldre och även led av andra sjukdomar (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). Eftersom det är viktigt med dessa livsstilsförändringar efter hjärtinfarkten för att minska risken för att återinsjukna anser uppsatsförfattarna att detta stöd ska förändras så att det passar kvinnorna. Ett förslag är att dessa rehabiliteringsprogram tar större hänsyn till kön, ålder samt tidigare hälsohistoria när de sätter i ihop dessa arbetsgrupper.

Flera undersökningar visar också att kvinnor saknar stöd efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Den information och de råd som kvinnorna har fått från sjukvårdspersonalen har varit allmän information, avsedd att passa den person som drabbats av hjärtinfarkt oavsett ålder eller kön (Johansson, Dahlberg & Ekeberg, 2003; Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2005). Uppsatsförfattarna anser att detta är förvånande. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står det klart och tydligt att ”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns”. Detta och att en sjuksköterska ska se till hela människan är något vi som sjuksköterskestudenter har fått upprepat och inpräntat under hela utbildningen. Nu är det ju så att inom personalen i sjukvården finns stor åldersbredd. Vi som läser nu har inte läst det samma som äldre årskurser och tvärtom. Det är också lätt att glömma kunskap och falla in i samma mönster som andra ute på arbetsplatsen. Därför anser uppsatsförfattarna att det är viktigt att sjukvårdspersonal regelbundet blir påmind om dessa kunskaper till exempel genom fortbildning eller diskussionsforum ute på arbetsplatserna. Att sjuksköterskan tar sig tid att samtala med patienten för att få en förståelse för hur hon upplever sin situation och vilken kunskap hon har för att sedan utveckla information och stöd utifrån patientens behov anser uppsatsförfattarna som fundamentalt inom omvårdnaden.

I skrivandet av den här uppsatsen upptäckte uppsatsförfattarna att det inte finns någon forskning rörande speciellt anpassade omvårdnadsmetoder eller stöd till kvinnor som har drabbats av hjärtinfarkt. Dock finns flera studier där kvinnorna beskriver vilket stöd de skulle behöva efter en hjärtinfarkt. Kvinnorna uttrycker önskemål om individuellt anpassade råd och

information om sjukdom, medicinering, förändringar av livsstil. De poängterar även vikten av ett känslomässigt stöd samt betydelsen av ett väl fungerande nätverk (Johansson, Dahlberg & Ekebergh, 2003; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Detta menar uppsatsförfattarna är intressant, man har studier som beskriver kvinnornas önskemål om stöd, men ingen har följt upp detta och gjort några speciella riktlinjer. Detta tror uppsatsförfattarna beror mycket på okunskap hos vårdgivarna. Det har förutsatts att den forskning som är gjord angående att drabbas av hjärtinfarkt är lika för män och kvinnor. Då ny forskning belyser att kvinnors hjärtinfarkt angående sjukdom, symptom och upplevelser ser annorlunda än hos män är förhoppningen att det inom en snar framtid kommer att förändras.

Den forskning som finns belyser kvinnors upplevelser av hjärtinfarkt samt skillnader mellan män och kvinnor. Då forskning visar att kvinnor och mäns upplevelser skiljer sig åt efter en hjärtinfarkt och att kvinnor skattar sin hälsa sämre än män (Fridlund, 2000) borde också stöd och omvårdnadsåtgärder till kvinnor kunna anpassas utifrån detta.

Metoddiskussion

Författarna till denna uppsats hade som ett kriterium för artiklar som skulle användas i studien att studierna var gjorda på kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. När vi sökte efter artiklar fann vi inte så många studier gjorda på enbart kvinnor, därför har vissa studier där både män och kvinnor inkluderats. Kriterierna för att sådana studier skulle ingå i uppsatsen var att dessa studier tydligt visade vad som är kvinnors upplevelser. Studier som inte skiljde på mäns och kvinnors upplevelser har valts bort. Många gånger har detta inte varit synbart på abstrakt, vilket har gjort att vi från början haft ett stort antal artiklar som verkat svara mot uppsatsens syfte och frågeställningar men som efter att läst hela artikeln var tvunget att sorterats bort. Detta är en av anledningarna att så få artiklar har använts i resultatet. En annan anledning är att det inte fanns fler artiklar att hitta, speciellt till andra frågeställningen. Detta gör att uppsatsförfattarna drar slutsatsen att det inte finns fler studier gjorda i detta ämne.

Processen med att hitta bra artiklar har i vissa fall varit svår och tagit lång tid. I databaser som Elin och SweMed har det inte varit några problem då man genom att begränsa sökningen till två, tre sökord fick ett hanterbart antal artiklar att bearbeta. Däremot i Pub Med har det varit svårt och tagit lång tid att gå igenom artiklarna då det trots försök att begränsa artiklarna med fler sökord kommit upp ett mycket stort antal artiklar. Det var svårt att hitta något sökord som ledde till att vi kunde begränsa det antal artiklar som var användbara för denna studie. Det

gick att skriva till ytterligare sökord men detta gjorde också att artiklar som vore användbara för denna uppsats kunde försvinna ur sökningen.

Granskningsmallar har använts för att säkra kvaliteten på använda artiklar i resultatet. Uppsatsförfattarna har själv delat in poängintervallerna för låg, medel och hög kvalitet, vilket kan påverka studiens kvalitet. Artiklar som har haft medel eller hög kvalitet har använts i resultatet. Uppsatsförfattarna anser att det är av yttersta vikt att resultatet i uppsatsen har hög sanningsgrad och för att säkra detta har artiklar av låg kvalitet exkluderats.

På grund av den begränsade tiden för studien har uppsatsförfattarna valt att dela på uppgiften att granska och översätta artiklarna, detta kan påverka kvalitén på resultatet. Författarna har dock tagit del av varandras översättningar och sammanfattningar av artiklarna och tillsammans bedömt artikelns relevans för denna uppsats. På grund av begränsade språkkunskaper kan data ha misstolkats. Intentionen har dock varit att så sanningsenligt som möjligt återge resultatet från artiklarna i denna uppsats. Då sökta artiklar till stor del visar samma resultat anser författarna att resultatet i uppsatsen behandlar det som finns tillgängligt inom nuvarande forskning.

Slutsats

De flesta kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt har inte kunskap om att detta är en sjukdom som i hög grad drabbar kvinnor men som kan ha andra symptom än hos män. Att diagnostiseras med hjärtinfarkt påverkar kvinnornas liv till stor del, de känner en stor osäkerhet vilket får effekt i det dagliga livet. Kvinnorna har ett stort behov av stöd efter diagnosen vilket de inte anser att de får av sjukvården. Genom resultatet i denna uppsats kan sjuksköterskan få en bättre förståelse för hur kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt upplever sin situation och därigenom kunna utveckla stödet till dessa kvinnor så att deras osäkerhet i det dagliga livet efter hjärtinfarkten minskar.

Förslag till vidare forskning

Då många studier visar att kvinnor har andra upplevelser i samband med hjärtinfarkt och skattar sin hälsa sämre än män kan inte sjukvården fortsätta att erbjuda likartade sjukvårdsinsatser och stöd till kvinnor som till män. Fortsatt forskning bör inrikta sig på att se hur sjukvårdsinsatser och stöd till kvinnor kan utvecklas så att de passar kvinnorna. Speciellt anpassat stöd till kvinnorna utvecklat efter deras behov och upplevelser för att få dessa

kvinnor att må så bra som möjligt efter en hjärtinfarkt. Framtida forskning bör också inrikta sig på hur preventiv information kan nå ut till kvinnor angående hur hjärtinfarkt kan te sig hos kvinnor och vikten av att söka hjälp i tid.

REFERENSER

- Cosette, S., Frasure-Smith, N., Lespérance, F. (2002). Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies* 39 (2002) 479-494
- Doiron-Maillet, N. & Meagher-Stewart, D. (2003). The uncertain journey: Women's Experiences following a Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 13, No. 2.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Studentlitteratur
- Forsberg, C. & Wengström, Y.(2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur: Stockholm.
- Fridlund, B. (1998). *Kardiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur:Lund
- Fridlund, B. (2000). Self-rated health in women after their first myocardial infarction: a 12-month comparison between participation and non participation in a cardiac rehabilitation programme. *Health Care for Women International*.21:727-738,2000.
- Gill, S. & Dalby -Kristensen, S. (2005). Hjärtinfarkt [www.document] URL <http://netdoktor.passagen.se/default.ns?lngItemID=3281> [2007-05-10]
- Gullström, E. (2007). *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. Allmänna råd från socialstyrelsen 1995:5*. [www document] URL <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2A3816D8-51A0-4A6F-9D0C-FB209ED08BBD/7634/1995706.pdf> [2007-09-10]
- Held, C. (2006). *Hjärtinfarkt med ST-höjning, akut*. [www document] URL http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp? [2006-06-07]
- Hjerpe, A.(2004). *Hjärtinfarkt- En temaskrift från Hjärt – lungfonden*. Hjärt-lungfonden: Stockholm
- Hjerpe, A (2007). *Hjärtinfarkt – knepiga kvinnorhjärtan*. [www document] URL <http://www.hjart-lungfonden.se/sok/artikel.asp?id=109&avdelningid=1&avdelning=Sjukdomar&kategoriid=1> [2007-06-07]
- Jackson, D., Daly, J., Davidsson, P., Elliot, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., Salamonson, Y.(2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32(6), 1403-1411
- Johansson, A., Dahlberg, K., Ekebergh, M.(2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of cardiovascular Nursing* 2 (2003) 229- 236
- Johansson, A., Dahlberg, K., Ekebergh, M. (2005). *The meaning of participation in the process of health and care – Women's experiences following a myocardial infarction*. Licentiatavhandling i vårdvetenskap – University of Växjö, Sweden.

- Kerr, E.& Fothergill-Bourbonnais, F. (2002).The recovery mosaic: Older women´s lived experiences after a myocardial infarction. *Heart & Lung* 2002;31:355-67
- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., Carlsson, M. (2005).Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 16, 391-401
- Lovlien, M. (2001). Blir kvinnors hjerter tatt på alvor. *Vård i Norden*, 2001;21(1):15-9.
- Meische, H., Yasui, Y., Kuniyuki, A., Bowen, D., Andersen, R., Urban, N. (1999). How women label and respond to symptoms of acute myocardial infarction: Responses to hypothetical symptom scenarios. *Heart and Lung*, vol. 28, no. 4.
- Orth – Gomér, K. (2005). *Brustna kvinnorhjärtan*. . [www document] URL <http://www.ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=1883a=3791&l=sv> [2007-09-05]
- Perry, CK., Rosenfeldt, A.G., (2004). Learning through connections with others: women´s cardiac symptoms. *Patient Education and Counseling*. 57 (2005) 143-146.
- Rosén, M. (2005) *Folkhälsorapport 2005, Hjärt- kärl sjukdomar*. Edita Norstedts Tryckeri
- Raadu, G. (2005). *Författningshandboken 2005* . Liber: Stockholm
- Schenk-Gustavsson, K. (2001). USA-rapport: Kvinnors hjärtinfarkt tas på mindre allvar än mäns. *Läkartidningen* 2001;98:3114-5.
- Schenk-Gustavsson, K.(2003). *Hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Studentlitteratur:Lund
- Sjöström-Strand, A. & Fridlund, B. (2007). Stress in women´s daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scand J Caring Sci*;2007; 21; 10-17.
- Svedlund, M. & Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle –aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive and Critical Nursing* (2000) 16, 256-265
- Svedlund, M., Danielson, E., Norberg, A. (2001). Nursing narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. *Intensive & critical care nursing*, volym 15, Nr 1, Sid 34-43.
- Swan, E (2006) *Hjärtinfarkt* [www document] URL <http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=20510&Preview=>
- Worall-Carter, L., Jones,T., Driscoll, A. (2005). The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction. *Contemporary nurse* (2005) vol.19 :211-221

Bilaga 1. Tabell 1, Redovisning av artikelsökning.

Datum för sökning	Databas	Sökord	Träffar	Antal lästa abstract	Antal använda artiklar
040907	Elin@	Women + Myocardial infarction + Experiences	33	10	5
	Elin@	Myocardial infraction+ Women+ Nursing	113	3	1
071010	Pubmed	Women + Myocardial infarction + Support + Experiences	114	10	4
040907	Swemed	Heartattack	219	3	2
070930	Biblioteket högskolan Dalarna – manuell sökning	Hjärtinfarkt + Kvinnor			1

Bilaga 2. Tabell 3, Redovisning av använda artiklar i resultatet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitets- grad
Sjöström-Strand, A. Fridlund, B. Sverige 2007	Stress in women's Daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis	Att beskriva och undersöka kvinnors uppfattning av stress före och efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ Fenomenologisk ansats. Två olika Intervjutillfällen. Under sjukhusvistelsen och efter 4 – 10 månader efter insjuknande.	Tillfälle 1, N= 20 Tillfälle 2, N= 12	Inre stress upplevdes som en bidragande orsak till hjärtinfarkten. Känslan över att de tappade kontroll över det dagliga livet efter hjärtinfarkten upplevdes som stressande.	Hög 22/25
Kristofferzon, M. Löfmark, R. Carlsson, M. Sverige 2005	Striving for balance in daily life: Experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction	Att beskriva kvinnors och mäns upplevelser i det dagliga livet de första fyra till sex månaderna efter en hjärtinfarkt.	Deskriptiv, retrospektiv, kvalitativ studie. Semi- strukturerade intervjuer.	20 kvinnor och 19 män.	Fysiska symptom och känslomässig utmattnings var de mest vanliga upplevelserna de första månaderna efter hjärtinfarkten.	Hög 23/25
Kerr, E. Fothergill-Bourbonnais, F. Kanada 2002	The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction	Att undersöka upplevelsen av tillfrisknande hos kvinnor över 65 år under den första tiden efter en akut hjärtinfarkt.	Kvalitativ Induktiv, deskriptiv metod. Fenomenologisk ansats. Ostrukturerade interaktiva intervjuer.	7 kvinnor över 65 år.	Visade att kvinnorna gick igenom fyra olika stadier: Livet känns splittrat, försöka känna mening, lära sig leva med det och slå sig till ro.	Hög 20/25
Lovlien, M. Norge 2001	Blir kvinnors hjertor tatt på alvor	Sjukdoms-upplevelser samt hur kvinnorna upplever mötet med vården.	Kvalitativ. Fenomenologisk ansats. Intervjuer vid två tillfällen. Första tillfället under sjukhusvistelsen andra tillfället i hemmet efter två till tre månader.	7 kvinnor under 65 år.	Kvinnorna misstolkade sina symptom. De var mer måna om att familjen skulle ha det bra än att söka hjälp för sina symptom. De upplevde att de ej blev tagna på allvar av sjukvården.	Medel 15/25
Svedlund, M. Danielsson E. Norberg, A. Sverige 2000	Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction	Att förklara upplevda erfarenheter under den akuta fasen av akut hjärtinfarkt.	Kvalitativ Fenomenologisk hermeneftisk ansats. Intervju under sjukhusvistelsen.	10 kvinnor under 60 år.	Kvinnorna kände skuld, skam och känsla av att vara i en överklig situation. Detta ledde till dålig kommunikation . Det verkade som om anhöriga och personal inte tilläts att ta del av bördan att drabbas av hjärtinfarkt.	Hög 20/25
Svedlund, M. Axelsson, I. Sverige 2000	Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patient and their partners during rehabilitation.	Att undersöka upplevelserna efter en akut hjärtinfarkt och hur det är att vara partner till en drabbad kvinna.	Kvalitativ Fenomenologisk-hermeneftisk ansats. Intervjuer tre och tolv månader efter hjärtinfarkten.	9 kvinnor och deras partners.	Kvinnorna kände sig stressade och sårbara men kämpade mot sjukdomen. Männen försökte anpassa sig efter kvinnorna. Att kvinnorna höll sina känslor inne och inte pratade om sjukdomen gjorde att kommunikationen	Hög 19/25

					mellan mannen och kvinnan blev dålig.	
Jackson, D. Daly, J. Davidsson, P. Elliot, D. Cameron-Traub, E. Wade, V. Chin, C. Salamonson, Y. 2000	Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study.	Att undersöka upplevelsorna efter utskrivningen från sjukhuset hos en grupp kvinnor som överlevt sin första hjärtinfarkt.	Kvalitativ Semistrukturerade intervju med öppna frågor. 7,14,21 dagar efter utskrivning.	10 kvinnor	Återhämtningen var en komplex process, Kvinnorna kände rädsla och osäkerhet under studien blev kvinnorna positivare, fick mer energi och självförtroende. Det framkom även att kvinnorna saknade mer information om sjukdomen.	Hög 21/25
Johansson, A. Dahlberg, K. Ekebergh, M. 2003 Sverige	Living with experiences following a myocardial infarction.	Att undersöka kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ. Fenomenologisk ansats. Intervjuer.	8 kvinnor	Kroppen var viktig för kvinnorna. Efter hjärtinfarkten blev relationen till kroppen störd. Osäkerheten inför livet döden och kroppen upplevdes jobbigt, kvinnorna förlorade upplevde att de förlorade sammanhanget.	Hög 19/25
Cosette, S. Frasure-Smith, N. Lespérance, F. Canada 2001	Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction	Att undersöka sambandet mellan sjuksköterskans åtgärder för att minska den psykiska oron och den faktiska oron hos kvinnor och män som drabbats av hjärtinfarkt	Kvantitativ studie	431 personer varav 36,2 % var kvinnor	Kvinnor och män reagerar olika på omvårdnadsåtgärder från sjuksköterskan. Kvinnornas psykiska oro minskade med omvårdnadsåtgärder som att lyssna och ...	Hög 23/29
Perry, K C. Rosenfeld, AG. USA 2004	Learning through connections with others: women´s cardiac symptoms	Att i grupp undersöka hur kvinnorna upplevt ett specialanpassat stöd.	Kvalitativ Intervjuer	3 kvinnor	Kvinnorna upplevde att de lärde sig mer av varandra än av informationen från sjukvården.	Medel 16/25
Doiron-Maillet, N. Meagher-Stewart, D. Canada 2003	The uncertain journey: Women´s Experiences following a Myocardial Infarction	Att undersöka kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt	Kvalitativ Intervjuer	8 kvinnor	Kvinnorna upplevde känslor som osäkerhet och hade svårt att tro att de drabbats av en hjärtinfarkt.	Hög 22/25
Worrall-Carter, L. Joners, T. Driscoll, A. Australien 2005	The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction	Att undersöka upplevelser och anpassning hos kvinnor efter deras första hjärtinfarkt.	Kvalitativ Intervjuer	6 kvinnor	Kvinnorna upplevde inte att de var i riskzonen att drabbas av hjärtinfarkt och när de blev drabbade utvecklade de en mängd coping mekanismer.	Hög 18/25
Johansson, A. Dahlberg, K. Ekebergh, M. Sverige 2005	The meaning of participation in the process of health and care – Women´s experiences following a myocardial infarction	Att undersöka kvinnors upplevelser av hälsoprocessen efter en hjärtinfarkt, med fokus på deras upplevelser av delaktighet	Kvalitativ. Fenomenologisk ansats. Intervjuer	8 kvinnor	Efter hjärtinfarkten strävar kvinnorna efter balans i det dagliga livet. De upplever att de är beroende av sjukvårdspersonalen och deras kunskap för att få en bättre hälsa.	Hög 23/25

Bilaga 3. Granskningsmall för kvalitativa studier

	<i>Fråga</i>	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstract 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?		

Bilaga 4. Granskningsmall för kvantitativa studier

	<i>Fråga</i>	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstract 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 frågeställningarna tydligt formulerade?		
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.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

