

Kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt

Lena Eriksson

Luleå tekniska universitet

C- uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt
Womens experiences of myocardial infarction
Lena Eriksson

Kurs: Vetenskapligt arbete 10 p

Höstterminen 2005

Specialistsjuksköterskeprogram inriktning distriktsvård 50 p

Handledare Ingalill Nordström

Kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt

Lena Eriksson

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap

Abstrakt

Insjuknandet i hjärtinfarkt kommer ofta plötsligt och utan förvarning. Många som drabbas är friska sedan tidigare och insjuknandet innebär en förändrad livssituation för de drabbade. För kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt är symtombilden ofta mer diffus än männens. Det medför svårigheter för kvinnorna att inse att de är sjuka och i behov av vård, vilket bidrar till att de söker vård senare än männen. Den försenade vården och behandlingen kan medföra sämre prognos för kvinnornas hjärtsjukdom. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt. Nio internationella vetenskapliga artiklar analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys och resulterade i fyra kategorier. De fyra kategorierna var: rädsla, ångslan och osäkerhet, beroendet av andra medförde skam och skuld, vägra inse verkligheten, inse verkligheten. Resultatet gav en bild av kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt. Rädsla fanns inför att drabbas igen, och osäkerhet beskrevs över hur hjärtinfarkten skulle inverka på deras livsstil. Kvinnorna hade svårt att inse att de var sjuka, och ville inte be om hjälp. Andra insåg att hjärtinfarkten var permanent och att livsstilsförändringar var nödvändiga. Stöd från anhöriga och vårdpersonal, samt information om sjukdomen och dess konsekvenser är viktiga aspekter för hur kvinnorna klarar att hantera sin situation. Sjuksköterskor och annan vårdpersonal kan stödja kvinnorna genom att finnas till hands, lyssna, ge råd och informera om sjukdomen.

Nyckelord: kvinnors, upplevelse, hjärtinfarkt, omvårdnad, rädsla, beroende, insikt

Hjärtinfarkt är den enskilt vanligaste dödsorsaken i Sverige och svarar för ungefär 30 % av alla dödsfall (Persson, 2003). Antalet vårdtillfällen på sjukhus för diagnostiserad akut hjärtinfarkt var för år 2000, 17900 för männen och 11800 för kvinnorna (Socialstyrelsen, 2001).

Kvinnor drabbas senare i livet än män. Männen insjuknar i 70-80 års ålder och kvinnor mellan 75-80 år. Dödligheten är störst vid det akuta insjuknandet utanför sjukhuset innan de drabbade har erhållit läkarvård. Arytmi är den vanligaste orsaken till dödsfall i samband med hjärtinfarkt och kan idag i många fall behandlas med avancerad akut sjukvård. Den viktigaste faktorn för överlevnad är att snabbt larma och få vård. Efter det akuta insjuknandet är dödligheten låg och anses till stor del bero på dagens avancerade behandlingsmetoder (Persson, 2003).

Diabetes, hypertoni, hyperlipidemi och rökning är de vanligaste påverkbara riskfaktorerna till kranskärlssjukdom. Andra faktorer som anses ha ett direkt eller indirekt samband är ålder, arv, kön och tidig menopaus dessa faktorer är emellertid opåverkbara (Socialstyrelsen, 2001).

Symtombilden vid insjuknande i hjärtinfarkt har visat skillnader mellan män och kvinnor. Kvinnans symtom är ofta mer svårtolkade, inte minst EKG förändringar visar sig ospecifika hos kvinnan. Rent anatomiskt har kvinnor smalare kranskärl än männen. Dödligheten i hjärtinfarkt och efter kranskärlsoperation är högre hos kvinnor. Sjukdomen är relativt ovanlig hos kvinnor före menopaus, men efter menopaus minskar skillnaderna successivt mellan könen. Forskning inom området har tidigare främst riktats mot männen. På senare år har kvinnors symtom vid insjuknande i hjärtinfarkt uppmärksamats (Persson, 2003).

I en studie av Zuzelo (2002) jämförs symtom mellan män och kvinnor. Männen symtom vid hjärtinfarkt visade sig som smärtor mitt i bröstet, tyngdkänsla eller tryck mitt över bröstet, ibland med smärtutstrålning i vänster arm eller båda armarna, ibland även utstrålning till nacke och käkar. Medan kvinnorna beskrev symtomen som värkande brännande smärta, tryck eller trånghets känsla i bröstet samt smärta korrelerat till andningen. Kvinnorna upplevde ryggsmärtor och även tandvärk i större utsträckning än männen och relaterade inte smärtorna till hjärtat. Yrsel var ett viktigt symtom för männen, medan kvinnorna i större utsträckning beskrev trötthet och utmattning. Kvinnorna sökte ofta förklaringar till deras symtom och relaterade dem till tidigare besvär från muskler, leder, rygg och gallbesvär. Kvinnorna upplevde även svårigheter att djupandas.

Männen insåg vid insjuknandet i större omfattning än kvinnorna att deras tillstånd var livshotande och att de behövde hjälp. Symtomen var ofta uttalade och smärtorna i bröstet beskrevs som starka. Deras partners uppmanade dem även att söka vård. Männerna upplevde rädsla för att dö och var oroliga att inte återse sin fru eller familj igen. Några av männen försökte initialt hantera symtomen med vila, avslappning och djupa andetag. Några av männen förnekade symtomen och även efter att de fått diagnos hjärtinfarkt på sjukhus var förnekande av sjukdomen vanligt (Zuzelo, 2002).

Bland kvinnorna var det några som insåg att deras tillstånd var allvarligt och att de behövde hjälp. Andra fullföljde sina plikter och var för upptagna med att ta hand om man och hem för att söka vård. De var trodde att vila och avkoppling skulle få dem att må bättre. Många ville inte till sjukhus och ville inte bli patienter. För kvinnorna var valet av sjukhus viktigt. Kvinnornas beslut att söka vård var till stor del beroende på familjemedlemmars och vänners råd om att söka vård eller inte (Zuzelo, 2002).

Kvinnor i högre åldrar samt kvinnor med diabetes insjuknar i större omfattning än männen utan bröstsmärtor, och det tar i genomsnitt längre tid för dem innan de sökte sjukhus. Kvinnor erhöll i mindre omfattning trombolytisk behandling och akuta kärlingrepp än männen. De kvinnor som fick behandling erhöll denna med fördröjning i tid till skillnad från männen. Dessa kvinnor utan bröstsmärtor hade även ökad sjukhusdödlighet än de män som insjuknat med bröstsmärtor (Canto et al., 2000). Primär kärldröntgen med implantat så kallad PTCA förekom i mindre omfattning bland kvinnorna och även denna sattes in med tidsfördröjning till skillnad från männen (O'Donnel., Condell., Begley., & Fitzgerald, 2005).

Socialstyrelsen (2004) beskriver hälso- och sjukvården ur ett könsperspektiv där det rapporteras om förekomst av skillnader i hälsa och nyttjande av sjukvård mellan män och kvinnor. Kvinnor rapporteras i större omfattning än männen uppleva psykisk ohälsa som ångslan, oro och ångest. Kvinnor söker mer vård än männen inom primärvården, läkemedel mot depression och smärta förskrivs i större utsträckning till kvinnorna. Män står för större bruk av läkemedel mot hjärtkärlsjukdomar och blodfettsänkande läkemedel. Inom hjärtintensivvården finns en restriktivitet i behandling av äldre patienter och det berör avsevärt fler kvinnor än män.

Att drabbas av hjärtinfarkt är en skrämmande upplevelse och ofta förknippad med stark rädsla, oro och ångest för ens egen överlevnad (Zuzelo, 2002). Eftersom insjuknandet vanligen har ett akut förlopp, och ofta drabbar tidigare friska individer är de drabbade synnerligen oförberedda på insjuknandet, medan andra är hjärtsjuka sedan tidigare och känner igen symtomen eller märkt att insjuknandet kommit smygande (Persson, 2003).

För kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt är symtombilden ofta diffus och det kan vara svårt för kvinnan att inse att symtomen är livshotande. Detta kan bidra till att kvinnor söker vård senare än männen (Persson, 2003). Det har även visats att kvinnor får behandling insatt senare än männen. Denna fördröjning kan orsaka försämrad prognos vad gäller kvinnans hjärtsjukdom och eventuella komplikationer (O'Donnel et al., 2005).

Sjukdomens förlopp, individens sociala stöd och egna resurser att hantera sjukdomen är viktiga faktorer vad gäller återhämtning och hantering av sjukdomen (Socialstyrelsen, 2001). Tidigare forskning vad gäller insjuknande i hjärtinfarkt, symptom och dess behandling är till stor del gjord på män, även om kvinnors insjuknande på senare år uppmärksammats (Persson, 2003)

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt. Det är viktigt att som distriktsköterska få förståelse för kvinnornas upplevelser för att på ett bra sätt kunna möta kvinnor med denna sjukdom, och få en ökad förståelse för hur olika individer upplever sin sjukdom.

Metod

Litteratursökning

Litteratursökningen utfördes med hjälp av referensdatabaserna Cinahl och Academic search. Sökord som använts är women, experience, nursing, myocardial infarction. Sökningen av internationella vetenskapliga artiklar begränsades mellan år 1997-2005, för att få med den senaste mest aktuella kunskapen inom området. Sökningen i Cinahl resulterade i 401 träffar och 38 träffar i Academic search. Artiklar som inte motsvarade syftet sorterades bort, resterande artiklars abstrakt igenomlästes och de artiklar som inte var kvalitativa uteslöts. Någon artikel fick uteslutas på grund av tidsbristen att beställa artiklarna. Vid denna litteraturstudie har internationella vetenskapliga originalartiklar gjorda på empiriska studier av patientens upplevel-

se använts, som rekommenderas enligt Polit och Beck (2004). Nio vetenskapliga kvalitativa artiklar som motsvarade syftet återstod efter urskiljningen, dessa analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. En del av dessa artiklar beställdes via Sociomedicinska Biblioteket. Litteratursökningen var begränsad i tid och det bidrog till att antalet artiklar begränsades.

Enligt Willman & Stoltz (2002) skall kvalitativa studier som har hög kvalitet innehålla ett klart beskrivet sammanhang och motiverat urval. En välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Den skall innehålla tillförlitlighetshänsyn och metodkritik. Studier som har låg kvalitet har bristfälliga formuleringar och otillräckliga beskrivningar. Resultatet är ologiskt och obegripligt. De har dålig kommunikerbarhet och replikerbarhet. Vid kvalitetsbedömningen av artiklarna gjordes en bedömning av syftets överensstämmelse med innehållet i studierna, samt vilken metod som använts och hur datainsamlingen gjorts. Urvalets storlek och dess lämplighet bedömdes i förhållandet till forskningsfrågan och resultatet. Eventuellt deltagarbortfall och dess orsaker bedömdes, samt om resultatet var välgrundat och rimligt. Om författarna tagit upp metodkritik och brister med studierna. Vid bedömningen resulterade brister i ovanstående kriterier en lägre kvalitet av studien. Det skall påpekas att författarens ovana att kvalitetsgranska artiklar kan medföra vissa brister i bedömningen. Artiklar ingående i resultatet och dess kvalitetsbedömning presenteras enligt nedan (tabell 1).

Analys

Metoden som använts är kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats som rekommenderas vid litteraturstudier där syftet är att få en förståelse för människors upplevelser. Denna metod är lämplig att använda vid hantering av stora mängder material, och fokuserar på det som står skrivet i texten. Metoden kan beskrivas som en process där forskaren organiserar och samordnar stora mängder material som samlats in i mindre hanterbara delar, för att urskilja delar av materialet till meningsfulla mönster (Polit & Beck, 2004, s. 578). Innehållsanalysen har gjorts enligt Burnards (1991) modell till vissa tillämpliga delar. Den består av fjorton olika steg som kan följas i analysarbetet. Materialet av datainsamlingen lästes igenom för att få en förståelse för helheten. Textenheter som var beskrivande för syftet plockades ut ur texten och kondenserades. Kondensering innebär att förkorta innehållet i textenheten, utan att tappa eller förändra textens innebörd. Granskning av textenheterna gjordes och de med liknande innehåll fördes samman och bildade olika kategorier. Dessa kategorier fördes samman till större kategorier tills dess att det inte gick att sammanföra dem mer. Efter sammanslagningen av kategorierna

återstod tre olika större kategorier. I resultatet beskrivs vetenskapliga originalartiklar gjorda på empiriska studier av kvinnors upplevelser, textenheterna beskrivs med brödtext och lämpligt citat under varje kategori. Analysen säkrades genom att textenheterna kontrollerades med helheten i ursprungstexten vid sammanställningen av resultatet.

Tabell 1 Översikt av analyserade artiklar ingående i resultatet (n=9)

Författare	Typ av studie	Deltagare	Datainsamlings- och analysmetod	Huvudfynd	Kvalitet
Benson, Arthur & Rideout (1997)	Kvalitativ Fenomenologisk	14	Kvalitativa intervjuer	Insjuknandet och att klara livet efter hjärtinfarkten beskrivs av kvinnorna. Hur sjukdomen påverkar deras roller. Hinder och hjälp i tillfrisknandet beskrivs.	Medelhög kvalitet Tydligt syfte metod, urval. Resultatdel blir otydlig med många citat.
Dorion- Maillet & Maegher- Stewart (2003)	Kvalitativ	8	Kvalitativa Intervjuer Tematisk analys	Insjuknandet i hjärtinfarkt beskrivs och hur kvinnorna hanterade rehabiliteringen efter hjärtinfarkt.	Hög kvalitet Tydligt syfte, metod, urval, åldrar, miljö, etik. Sammanhang. Tillförlitligt resultat.
Holliday, Lowe & Outram (2000)	Kvalitativ	16	Kvalitativ Grounded theory intervjuer	Upplevelsen av det akuta insjuknandet beskrivs och hur kvinnorna försökte hantera symtomen genom självhjälpande åtgärder.	Medelhög kvalitet Tydligt syfte, metod, urval, åldrar miljö. Otydligt formulerat resultat.
Jackson et al. (2000)	Explorativ Deskriptiv	10	Kvalitativa intervjuer	Kvinnors återhämtning efter hjärtinfarkt beskrivs. Perioden karaktäriseras av rädsla och osäkerhet som men tiden minskar och ersätts av förtröstan inför framtiden.	Hög kvalitet Väl beskriven metod, analys, urval åldrar, miljö, tid. Resultat tillförlitligt. Tydligt syfte. Kritik finns med

Tabell 1 (forts) Översikt av analyserade artiklar ingående i resultatet (n=9)

Rosenfeld & Gilkeson (2000)	Kvalitativ	6	Kvalitativ Grounded theory Intervjuer	Beskriver tre teman förnekande, bli varse och att vara rädd som karaktäriserande kvinnornas upplevelser vid insjuknandet i hjärtinfarkt.	Medelhög kvalitet Syftet överensstämmer med innehållet, lågt deltagarantal. Tydligt beskriven metod, analys. Logiskt sammanhang. Välgrundat resultat.
Svedlund & Danielsson (2004)	Kvalitativ Fenomenologisk-Hermeneutisk inspirerad av Ricoeur's filosofi	9	Kvalitativa intervjuer	Kvinnorna beskriver hur det är att leva i en förändrad livssituation genom att på olika sätt visa hänsyn, ta ansvar. Hur de ser på framtiden, känslor av osäkerhet, kraflöshet och begränsningar framträder.	Hög kvalitet Syftet stämmer med innehåll. Metod utförligt beskriven. Urval, åldrar, tidsperiod miljö, etik finns med. Resultat välgrundat, tydligt sammanhang. Kritik finns med
Svedlund, Danielsson & Norberg (2001)	Kvalitativ Fenomenologisk-Hermeneutisk inspirerad av Ricoeur's filosofi	10	Kvalitativa intervjuer	Kvinnors berättelser om insjuknandet under den akuta fasen av hjärtinfarkten beskriver de som en tid av sårbarhet och vara beroende av andra. Att vara fångad i en överklig situation och förnekande.	Hög kvalitet Syftet stämmer med innehåll utförligt beskriven metod, urval åldrar, tidsperiod, miljö etik. Resultat välgrundat, tydligt sammanhang, Kritik finns med
Svedlund & Axelsson (2000)	Kvalitativ Fenomenologisk-Hermeneutisk inspirerad av Ricoeur's filosofi	9	Kvalitativa intervjuer	Kvinnors berättelser om upplevelser under rehabiliteringsfasen efter hjärtinfarkten. Att ej vilja vara beroende av andra och känna sig svag och utmattad.	Hög kvalitet Syftet stämmer med innehåll, utförligt beskriven metod, urval åldrar, tidsperiod, miljö etik. Resultat välgrundat, tydligt sammanhang. Kritik finns med

Tabell 1 (forts) Översikt av analyserade artiklar ingående i resultatet (n=9)

Tobin (2000)	Kvalitativ	12	Kvalitativa intervjuer	Återhämtningen efter hjärtinfarkt beskrivs i fyra steg. Att acceptera det som hänt genom att konfrontera sin dödlighet, inse sjukdomen. Upptäcka begränsningar och anpassa sig till dem. Fjärde- slutligen återgå till det normala	Hög kvalitet, Tydligt beskrivet syfte, metod, urval, åldrar, miljö, etik, bra sammanhang, välgrundat resultat.
--------------	------------	----	------------------------	--	--

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier som presenteras nedan och beskrivs i texten samt illustreras med citat från artiklarna.

Tabell 2 Översikt av kategorier (n=3)

Kategorier

Rädsla, ängslan och osäkerhet

Beroendet av andra medförde skam och skuld

Vägra inse verkligheten

Inse verkligheten

Rädsla, ängslan och osäkerhet

Kvinnorna som insjuknat i hjärtinfarkt beskrev intensiv inre rädsla av varierande grader (Dorion-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). När kvinnorna skrevs ut från sjukhuset beskrev de rädsla och osäkerhet inför hemkomsten (Dorion-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Jackson et al., 2000). Rädsla fanns bland kvinnorna i flera studier för att återinsjukna i en ny hjärtinfarkt och dö (Dorion-Maillet & Meagher-Stewart, 2003; Jackson et al., 2000; Svedlund & Danielson, 2004; Tobin, 2000).

I felt very secure when I was in hospital. I got home and I got scared.

(Dorion-Maillet & Meagher-Stewart: 2003, s.19)

Tiden efter hjärtinfarkten beskrevs av kvinnor i en studie som en tid av ledsenhet, fysisk utmattning och emotionell instabilitet. Rädsla fanns för att konsekvenser av hjärtinfarkten skulle

inverka på kvinnornas roller i familjen. Några kvinnor var rädda inför deltagande i vanliga aktiviteter som de tidigare tagit för givna (Jackson et al., 2000). Det fanns en rädsla hos kvinnor att inte klara av att göra de saker som de klarat innan hjärtinfarkten. Andra var rädda för att inte för återse sina käraste igen vid insjuknandet (Tobin, 2000). I en studie beskrev kvinnorna ängslan sammankopplad med brist på kunskap och förståelse om hjärtinfarkten. Ängslan beskrevs även inför möjliga fortsatta utredningar och eventuell operation. Osäkerhet om deras egen hälsa och inför tillfrisknandet beskrevs. Brist på säkerhet i att känna igen symtom relaterat till hjärtinfarkten upplevdes av kvinnorna (Jackson et al., 2000) I en studie beskrev kvinnor osäkerhet, oro och förvirring över symtomen på kärlekskramp och dess hantering (Dorion-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). De beskrev även osäkerhet omkring hur livsstilen skulle påverkas av hjärtinfarkten, och inför hur livsstilsförändringar skulle ske (Jackson et al., 2000). Osäkerhet inför utförande av vardagliga enkla saker, och för att åka iväg någonstans upplevdes av kvinnorna (Tobin, 2000; Benson & Rideout, 1997). Andra kvinnor var osäkra på deras förmåga att återvända till sina tidigare roller och ansvarsområden (Dorion-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). Känslorna av ledsenhet och emotionell instabilitet började lätta efter två veckor hos kvinnor i en studie. Rädslan för framtiden och döden som dominerat första veckan efter hemkomsten började minska. Några kvinnor som funderade på att återgå till arbetet oroade sig över hur de skulle klara arbetsrelaterad stress. I takt med att de blev mindre rädda och mer aktiva fann de ökad säkerhet på dem själva och framtiden. Trots förbättring fanns ibland fortfarande en känsla av utmattning och rädsla i vissa situationer. Några kvinnor plågades av rädsla och tvivel vid sängdags trots att hälsan förbättrats (Jackson et al., 2000).

I am scared I will have another heart attack, but if I don't think about it, it might not happen. You might have one because you talk yourself into it. Its best not to think about it. (Jackson et al: 2000, s. 1409)

Beroendet av andra medförde skam och skuld

Kvinnorna i studierna försökte vara hänsynsfulla mot sina partners genom att inte prata om sina känslor och inte visa att de hade bröstsmärtor av rädsla för att oroa dem. (Svedlund & Danielson, 2004; Svedlund, Danielson & Norberg, 2001). Kvinnorna ville inte bli sedda som gnälliga personer eller trötta ut sina närstående genom att prata om sjukdomen med negativa reflektioner (Svedlund & Axelsson, 2000). Kvinnorna ville inte visa att de var sjuka eller vara till besvär för sina närstående. De undvek att berätta om upplevelsen av att vara sjuk och behöll

känslorna för sig själva av omtanke om andra (Benson & Rideout, 1997; Svedlund et al., 2001; Svedlund & Danielson, 2004). Kvinnor i en studie ville inte visa för sina män att de inte var så starka och kapabla som de brukade vara, därför dolde de sina känslor, och grät när de var ensamma (Svedlund et al., 2001).

...I want to be tough and not show so much feeling. (Svedlund et al: 2001, s. 202)

Beroendet av andra fick kvinnorna i studierna att känna skam och skuld över att inte klara sitt eget arbete, och över att vara sjuk och svag (Tobin, 2000; Svedlund & Axelsson, 2000; Svedlund et al., 2001). Kvinnor i en studie ville själva organisera arbetet, de gjorde ibland hushållsarbete i smyg för att de ville klara det själva. De upplevde ibland att de måste peka på vad som måste göras eftersom partnern inte kunde se det. Det var svårt för kvinnorna att inte längre vara den starkaste i familjen eftersom de brukade vara huvudpersonen (Svedlund & Danielson, 2004). Kraftlösheten och inte veta hur de skulle klara sig beskrev kvinnorna i studierna som misslyckanden (Svedlund & Danielson, 2004; Svedlund & Axelsson, 2000). Att inte vara så stark som de brukade var nedgraderande och fick dem att skämmas över att vara sjuk. De var vana vid att det var de som brukade vara starka och ta hand om andra. De ville inte bli sedda som besvärliga av anhöriga eller personalen på sjukhuset och var ovilliga att störa dem (Svedlund et al., 2001). Det framkom i en studie att kvinnorna inte klarade sig så bra som före hjärtinfarkten och de undvek vissa hushållssysslor därför att de var utmattade. Kvinnorna ville inte vara beroende av deras närstående och vara en börda för dem, de ville klara sig själva och känna sig behövda. Några kvinnor accepterade att de inte längre hade sin fulla styrka, men beskrev att de inte kände sig komfortabla inför andra (Svedlund & Axelsson, 2000). Kvinnor i en studie upplevde det svårt att be om hjälp och de tyckte inte om att vara beroende av andra (Benson & Rideout, 1997).

I feel that there is so much I want to do but there is a limit. I can't manage as before (Svedlund & Axelsson: 2000, s. 260).

...and then he had to help me to undress, and help me walk, and this isn't easy. I don't think it is. (Svedlund et al: 2001, s. 200)

Vägra inse verkligheten

I studierna uttryckte kvinnorna misstro om diagnosen hjärtinfarkt, de kunde aldrig tro att de skulle kunna drabbas (Holliday, Lowe & Outram, 2000; Svedlund et al., 2001; Dorion-Maillet & Meagher-Stewart, 2003). Några kvinnor såg inte insjuknandet som hotande eller allvarligt, och försökte på olika sätt hantera symtomen själva (Holliday et al., 2000; Svedlund et al., 2001). Kvinnorna distanserade sig själva från insjuknandet, och vägrade inse den skrämmande verkligheten genom att ignorera dess existens (Rosenfeld & Gilkeson, 2000; Svedlund et al., 2001). Det framkom i en studie att kvinnorna fortsatte att förneka att deras problem var allvarliga trots en gnagande känsla av att de inte var i form. De vägrade inse att de var sjuka och reagerade inte adekvat de ville att allt skulle vara normalt. Kvinnorna försökte fortsätta som vanligt och ignorerade att något allvarligt hänt. När bröstsmärtorna avklingat och allt var över var det svårt att tro att hjärtinfarkten var verklig (Svedlund et al., 2001). Kvinnor i en studie förnekade sjukdomen eftersom de inte ville vara en sjuk person (Svedlund & Axelsson, 2000). Några kvinnor i en studie önskade vid insjuknandet att allt skulle bli bra och hoppas att besvären var borta nästa dag, för det var bara gaser eller gallblåsan. Andra skyllde på förkylning, att de bara var trötta eller ur form (Rosenfeld & Gilkeson, 2000). Kvinnor i en studie trodde inte att det var så hjärtinfarkten skulle kännas, så en del tog en dusch och trodde det skulle hjälpa. Några kvinnor trodde inte de var mottagliga för hjärtinfarkt och uttryckte misstro över diagnosen. Medan andra kvinnor insåg att någonting var fel eller att symtomen var allvarliga, de beslutade sig för att få det kontrollerat och ringde doktor eller ambulans (Holliday et al., 2000). Kvinnor i en studie insåg verkligheten vid insjuknandet, att någonting var fel och att de måste söka läkare. Någon insåg att det var en hjärtinfarkt för de hade yrsel och var kallsvettiga. Andra insåg att det var från hjärtat för att armarna var helt livlösa. Det var uppenbart för en del att det som de hade var allvarligt (Rosenfeld & Gilkeson, 2000).

Ive never thought of myself as having a heartattack so I didn't take a great deal of notice of the symptoms because I'm not overweight and my blood pressure is fine, I have a healthy diet, I walk and it just never occurred to me that such a thing would happen to me. (Holliday et al., 2000: s. 311)

Inse verkligheten

En del kvinnor i en studie insåg att de varit nära döden och tvingades konfrontera sin dödlighet. Insikten av att de drabbats av hjärtinfarkt fick dem att undra vad det kommer att innebära

för dem. Andra insåg verkligheten att hjärtinfarkten var permanent och att det var nödvändigt med bestående livsstilsförändringar (Tobin, 2000). Kvinnor i studierna accepterade att de inte var lika starka som tidigare och lät hälsan avgöra vad de klarade att göra. Några var mer försiktiga och fann nya värden i livet och framtiden (Svedlund & Danielson, 2004; Svedlund & Axelsson., 2000). Kvinnor i en studie såg hjärtinfarkten som en varning och genom att inse problemet och medvetandegöra det var deras tro att de skulle leva ett långt och hälsosamt liv. Kvinnorna förstod att de måste ta det lugnt ett tag och det skulle bli svårt med vissa anpassningar. Insikt fanns att endast de själva kunde förändra deras livsstil. Insikten i sjukdomen gjorde att de övervägde hur de skulle fortsätta leva sina liv, kanske långsammare och inte på samma sätt som tidigare. Andra var tacksamma för att överleva hjärtinfarkten och få en andra chans, livet fick en ny mening, det uppskattades mer och de insåg hur kärt livet var (Svedlund et al., 2001).

I'm accepting it because I can't do anything else about it.

(Tobin, 2000, s. 16)

I was so used to doing all the time. But if it's done today, it's done. If it's not, leave it. (Tobin, 2000, s. 16)

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt. Litteraturstudiens resultat sammanfördes i fyra kategorier, den första kategorin beskriver kvinnornas rädsla ängslan och osäkerhet i samband med hjärtinfarkt. Andra kategorin beskriver att kvinnornas beroende av andra medförde känslor av skam och skuld. I tredje kategorin beskrivs kvinnors vägran att inse att de drabbats av hjärtinfarkt, att de är sjuka och i behov av vård. I fjärde kategorin beskrivs att kvinnorna insåg verkligheten, att de var sjuka.

Resultatet av denna litteraturstudies första kategori visar att rädsla fanns hos kvinnorna inför att drabbas av en ny hjärtinfarkt och dö. Rädsla och osäkerhet fanns inför en mängd olika situationer. Ängslan och osäkerhet beskrevs av kvinnorna inför sjukdomen och tillfrisknandet, bristen på kunskap om sjukdomen skapade ängslan inför igenkännandet av symtom och hanteringen av dessa. I en studie Jerlock, Gaston- Johansson och Danielson (2005) gjord på män och kvinnor med bröstsmärtor upplevde både män och kvinnor en rädsla för att få en hjärtin-

farkt och dö. Många av deltagarna i studien hade anhöriga som avlidit i hjärtsjukdom och relaterade sina upplevelser till detta. Bröstsmärtorna i sig upplevdes som ett hot mot livet. Tankar på döden var vanliga hos dessa personer för det var svårt att veta när bröstsmärtorna kom, om det var en hjärtinfarkt eller inte. Oförutsägbara bröstsmärtor och dess oklara orsak skapade osäkerhet hos personerna i studien, både män och kvinnor. Medan männen var nöjda med beskedet av undersökningarna att de hade ett friskt hjärta så ville kvinnorna få kontakt med professionella omkring deras situation för att det skulle hjälpa dem minska känslor av stress och osäkerhet. Detta kan jämföras med Galdas, Cheater och Marchall (2005) som beskrev att män upplevde rädsla för att uppfattas som vek, omanlig och hypokondriker vid debut av symptom på sjukdom som prostatacancer och hjärtinfarkt. Det bidrog till att det dröjde längre tid innan de sökte hjälp för symptomen. Lobeck, Thompson och Shankland (2005) visade i en studie gjord på män drabbade av stroke beskrevs rädsla och osäkerhet över att drabbas igen och i värsta fall dö. Det fanns även osäkerhet hos männen över tillfrisknandet relaterat till att återfå funktioner. Rädsla beskrevs för att skrivas ut från sjukhuset och lämna säkerheten där. Trots detta upplevde männen ibland att de fick för mycket hjälp på sjukhuset och de ville bli mer oberoende. Männens upplevelser beskrivna ovan liknar kvinnornas upplevelser i samband med hjärtinfarkt i denna litteraturstudie.

Kvinnorna i denna litteraturstudies första kategori upplevde ängslan och osäkerhet inför sjukdomen och hanteringen av symptomen, osäkerhet fanns även inför förändrad livsstil och utförandet av livsstilsförändringar. Detta i sig skapade behov av information hos kvinnorna, vilket de upplevde brist på vid vårdtiden på sjukhuset. Kvinnorna upplevde rädsla och osäkerhet att lämna sjukhuset och återvända hem sannolikt för att de var osäkra inför hur de skulle klara att hantera sjukdomen själva. Information av sjukvårdspersonal skulle sannolikt bidra till minskad ängslan och osäkerhet inför sjukdomen och dess följder. Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2003) visar i en studie att kvinnor rapporteras erhålla mindre information om sjukdomen och rehabiliteringen än män. Studien visar att kvinnornas behov av information var större än männens behov.

Vidare upplevde män och kvinnor med bröstsmärtor utan hjärtinfarkt (Jerlock et al., 2005) osäkerhet vid fysisk aktivitet, det medförde att de avstod från aktivitet därför att de aldrig kände sig säkra. Andra situationer som medförde osäkerhet och stress var på arbetet och hemma, då känslor av inre press och krav fanns. Detta visar på likheter mellan män och kvinnors upplevelser. Kvinnorna i denna litteraturstudie upplevde osäkerhet och rädsla inför del-

tagande i vardagliga enkla aktiviteter som de tidigare tagit för givna. En del kvinnor som funderade över att återvända till sitt tidigare arbete var osäkra hur de skulle hantera arbetsrelaterad stress. Olsson, Lexell och Söderberg (2005) visar i en studie att kvinnor med multipel skleros upplevde ängslan och osäkerhet att inte veta om deras planerade aktiviteter skulle vara möjliga att genomföra. De uttryckte känslan av att lämna allting halvgjort till följd av den oförutsägbara utmattningen som sjukdomen medförde.

I denna litteraturstudies andra kategori beskriver jag att kvinnor med hjärtinfarkt var beroende av andra för utförande av sysslor som de inte klarade att utföra. Detta medförde att kvinnorna upplevde skam och skuld känslor över att vara sjuk och svag. Kvinnorna ville inte visa eller prata om sina känslor relaterade till hjärtinfarkten av rädsla att oroa närstående. De ville inte vara till besvär eller känna sig gnälliga, därför ville de inte besvara närstående eller sjukvårdspersonal med frågor eller reflektioner om sjukdomen. Emslie (2005) visar i sin studie att både män och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt efteråt upplever sin roll som make/maka, förälder och anställd som förändrad. Kvinnorna kände sig illa till mods när deras barn försökte hjälpa dem, de tenderade att förminska sina besvär och symtom på sjukdomen för vara en mindre börda för närstående. De utförde hushållsarbete trots medicinsk avrådan hellre än att be andra om hjälp. De som hade anställning utanför hemmet fann det lättare att vara hemma från sin anställning än att avstå från hushållsarbete. Det påpekas att detta beteende härstammar från en kulturell tro att det är oacceptabelt för mödrar att sitta och göra ingenting när det finns arbete att göra (Emslie, 2005).

Kvinnor tenderar att sätta familjeansvar och plikter före sig själva vad gäller livsstilsförändringar, genom att till exempel laga fettsnåla måltider till sig själva som de rekommenderats, men samtidigt lagade de även annan mat till familjen för att inte påverka dem med förändringarna (Emslie, 2005). I en studie av Kristofferzson et al. (2003) beskrev kvinnorna att hushållsarbetet gav dem en ökad självkänsla och identitet och hjälpte dem i hanterandet av sjukdomen. Andra beskrev obalans mellan deras roll som maka, mor, anställd och beskyddare av andra. Kvinnorna rapporterade behov av stöd och en önskan att vara oberoende av andra.

Männen som drabbats av hjärtinfarkt såg inte livsstilsförändringar lika negativt som kvinnorna. De njöt av uppmärksamheten från familjemedlemmar, och vilade i större omfattning än kvinnorna när de var hemma. Männen däremot oroade sig över att vara borta från sin anställning och var rädda för att andra var tvungna att täcka upp för dem när de var fysiskt svaga och

oförmögna att klara arbetet (Kristofferzon et al., 2003; Emslie, 2005). En del män försökte minska denna känsla genom att lyfta tunga saker eller skotta snö hemma. Konflikter rapporterades någon gång när frun tagit över arbete som den hjärtsjuka mannen normalt brukar göra (Emslie, 2005).

I andra kategorin beskriver jag att kvinnorna upplevde sig beroende av andra vilket skapade känslor av skuld och skam. Denna upplevelse visas även finnas hos kvinnor som lider av andra sjukdomar. Kvigne och Kirkevold (2003) visade att kvinnor som drabbats av stroke i efterförloppet upplevde sig beroende av andra. Den förändrade situation som de plötsligt hamnat i var en stor omställning för dem. Beroendet innebar minskad frihet och flexibilitet. Behovet av hjälp varierade med hur stor förlusten av fysisk kapacitet var. Sullivan, Weinert och Cudney (2003) rapporterar i en studie att kvinnor med kroniska sjukdomar som cancer, multipel skleros och reumatoid artrit upplever frustration över de fysiska begränsningar som sjukdomen orsakar. Beroendet av andra skapade känslor av skuld hos kvinnorna. De upplevde även ensamhet och isolering till följd av den utmattning som sjukdomen orsakade. Olsson et al. (2005) beskrev i en studie att kvinnor med multipel skleros upplevde utmattning som ett hinder i sina dagliga liv. De beskrev känslor av frustration, stress, ledsenhet och ilska över att inte klara saker som de tidigare klarat. Kvinnor med multipel skleros upplevde sig som en börda för andra när de inte kunde klara sig själva. Svårigheter att delta i familjeaktiviteter gjorde att hela familjen blev lidande. I en annan studie av Efraimsson, Rasmussen, Gilje och Sandman (2003) uttryckte äldre kvinnor som vårdats på sjukhus för hjärtsvikt och stroke att de kände sig svaga, och att känslan av beroendet av andra var oroande. De beskrev att kroppen svek dem och de blev påmind om detta vid olika tillfällen. Kvinnornas behov av assistans uttrycktes som deprimerande. En kvinna i studien uppgav att hon alltid undvikit att be om hjälp, det var opassande enligt henne att komma med krav av något slag i synnerhet när hon var beroende av andra.

Lobeck et al. (2005) beskriver mäns upplevelser vid stroke som en process att återfinna sin identitet och återta åtminstone visst oberoende av andra och försöka integrera livet i samhället igen. Alla män såg arbetet och rollen som familjeförsörjare som en central roll i livet innan insjuknandet. Detta gjorde att det blev mycket viktigt för männen att komma ur denna hjälplösa situation, de ville känna sig behövda igen på något vis om än inte som tidigare. Männen beskrev att den viktigaste personen utan tvekan var deras kvinnor som gav dem stöd och hjälp. De berättade att pressen och belastningen på deras kvinnor var stor, det fick dem att

känna skuld och önska att de kunde minska bördan på något vis. Männens känslor av skuld och beroende av andra har likheter med kvinnornas upplevelser i samband med hjärtinfarkt i denna litteraturstudie.

I tredje kategorin beskriver jag att kvinnorna inte ville visa eller prata om sina känslor av rädsla att oroa närstående. De ville inte vara till besvär eller känna sig gnälliga, och undvek därför att besvara närstående eller sjukvårdspersonal med frågor eller reflektioner om sjukdomen. Emslie (2005) visar i en studie att män med hjärtinfarkt inte ville diskutera sina hälsoproblem av rädsla för att uppfattas som vek eller omanlig. I en annan studie av White och Johnson (2000) undvek män att prata om sina känslor med frun eller kollegor för att de inte ville bli sedda som veka eller svaga. Det påtalas att män själva tenderar att minimera sina behov av stöd relaterat till machokulturen att män av tradition förväntas vara hårda och starka (Emslie, 2005). Kvinnor med bröstcancer beskrev i en studie att stödet från närstående betydde mycket för dem. Svårigheter upplevdes omkring hur de kunde prata med närstående om sjukdomen. Stödet från anhöriga upplevdes som positivt men ibland som en extra börda (Landmark & Wahl, 2002).

I en studie av Emslie (2005) gjord på män och kvinnor visar att många med hjärtinfarkt såväl som populationen i allmänhet har en föreställning om insjuknandet i hjärtinfarkt som väldigt dramatiskt med typiska allvarliga bröstsmärtor och plötslig kollaps. Eftersom insjuknandet hos många inte upplevs på detta sätt, finns en tendens att se insjuknandet som mindre allvarligt. Hjärtinfarkten förklaras av den sjuke som mild istället för allvarlig. Kvinnor insjuknar i mindre omfattning än männen med de klassiska symtomen på hjärtinfarkt, och finner därför insjuknandet som svårare att tolka och förstå (Emslie, 2005). En förklaring kan enligt Lövlien (2001) vara att kvinnor ofta lever med muskel och skelettsmärta, vilket kan bidra till att kvinnorna inte uppfattar smärtan som relaterat till hjärtat. Myten om att hjärtinfarkt är en manlig sjukdom påverkar även kvinnors möjligheter att tolka signalerna rätt.

I denna litteraturstudies tredje kategori beskriver jag att många kvinnor rapporteras ha svårt att inse eller vägrar inse att de drabbats av hjärtinfarkt. De trodde aldrig att de skulle kunna drabbas och uttryckte misstro över diagnosen. Att insjukna i hjärtinfarkt upplevdes som så skrämmande och svårt att förstå att många förnekade och vägrade inse verkligheten att de drabbats av hjärtinfarkt och att de var sjuka. En del kvinnor förklarade symtomen i samband med hjärtinfarkten som relaterade till gallbesvär eller muskulära besvär, och levde i tron att

symtomen skulle försvinna. De såg inte insjuknandet som hotande eller allvarligt och försökte på olika sätt hantera symtomen själva. Zuzelo (2002) rapporterar om mäns sätt att hantera symtomen, en del förnekade symtomen och vägrade inse verkligheten. Några försökte hantera symtomen själva genom att vila, få frisk luft eller djupandas. Både män och kvinnor visade likheter i förnekande av sjukdom och försök att hantera symtomen. Männerna var dock mer fokuserade än kvinnorna på att söka hjälp. I en studie av Galdas et al. (2005) rapporteras att män ignorerade sjukdomskänsla med anledning av manlig sårbarhet. De tenderade att förminska upplevelsen av sjukdom och symtom. Männerna ignorerade symtom med hopp om att de skulle försvinna, andra ville vänta och se vad som hände. Författaren påpekar att detta beteende kan tänkas bero på sociala och kulturella faktorer, som sociala normer förväntade att männen skall leva upp till.

Jag fann att kvinnor hade svårigheter att inse att de är sjuka. Dessa svårigheter kan bero på kvinnors brist i att känna igen symtom relaterat till hjärtat. Lövlien (2001) menar att en tänkbar orsak till detta kan vara att forskning om insjuknandet i hjärtinfarkt och dess symtom baseras på män. Det är viktigt att kvinnors insjuknande tas på allvar för att kvinnan skall få rätt behandling insatt i rätt tid. Vilket Lövlien (2001) menar att kvinnor inte får, många kvinnor tas inte på allvar och diagnoser missas dels för att kvinnorna själva inte kan förmedla sina symtom. De har ofta svårigheter att precisera sina smärtor och sin sjukdomsupplevelse. Kvinnor har inte i lika stor utsträckning som männen typiska EKG förändringar. Kanske beror kvinnors svårigheter att förstå att de är sjuka på deras förväntningar om insjuknandet inte är som de lärt sig, dvs. tidigare forskning baserat på männens insjuknande, vilket är den allmänna uppfattningen om insjuknandet i hjärtinfarkt bland befolkningen (Lövlien, 2001).

I denna litteraturstudies tredje respektive fjärde kategori fann jag att en del kvinnor vägrade inse verkligheten, medan andra insåg verkligheten. I jämförelse med denna litteraturstudies resultat beskriver Landmark och Wahl (2002) hur kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer upplevde beskedet om bröstcancer. Dessa kvinnors omedelbara känsla var chock över beskedet, och de beskrev hela deras existens som hotad. En del beskrev att de förnekade vad de hört, det var för svårt att tro. Gradvis förstod de diagnosen och smärtsamma fakta blev snabbt verklighet. Kvinnornas vilja att leva fick dem att mobilisera en aktiv okänd styrka i kampen mot döden. De reflekterade över konsekvenser som sjukdomen skulle få och kommande handlingar. Rädsla beskrevs över att inte kunna kontrollera vad som händer och vad som kommer att hända. Lobeck et al. (2005) beskriver i en studie hur män som drabbats av stroke

planerade för hur återhämtning och förändringar skulle ske. De anpassade återhämtningen till deras fysiska förmåga och insåg att livet skulle bli annorlunda. Hopp fanns bland männen inför framtida förbättringar och de hade börjat acceptera att viss funktionsnedsättning skulle kvarstå.

Sjuksköterskor och övrig vårdpersonal har en viktig uppgift att fylla när det gäller information om hjärtinfarkt till drabbade kvinnor samt deras anhöriga. För att klara detta krävs goda kunskaper hos vårdpersonal om kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt. Det är viktigt för sjuksköterskan att skapa en god relation till kvinnorna, som får dem att känna förtroende för sjuksköterskan. För att detta skall vara möjligt krävs att tid avsätts (Svedlund, Danielson & Norberg, 1999). Bland hjärtinfarktpatienter så fann sjuksköterskor att kvinnor hade lättare att uttrycka sina känslor och tala om dem än männen. Sjuksköterskornas uppfattning var att männen satte upp barriärer som gjorde det svårt att komma dem nära, de tenderade att skämta om sin situation och framhålla sig som starka. Sjuksköterskor beskrev hur de i relationen till de hjärtsjuka patienterna använde ett sätt att läsa av deras känslor. Sjuksköterskorna fann att det var svårt för en del patienter att uttrycka sig specifikt i ord hur det var att plötsligt drabbas av sjukdom. Sjuksköterskorna hade en känsla för patienternas kroppsspråk som de uppfattade signalerade om hur de mådde. De kunde se på deras ansiktsuttryck och ögon vilka känslor som speglades. På detta sätt anpassade sig sjuksköterskorna efter varje patient och kände av när det var lämpligt att ge information. De kände av om någon behövde extra tid och avsatte tid för den patienten. På så sätt skapade de förutsättningar för en god relation med patienterna (Svedlund et al., 1999).

I vården av hjärtinfarktsjuka kvinnor är det viktigt att hjälpa dem att känna säkerhet och att bli fri från smärta så fort som möjligt. Genom att ge en god omvårdnad och få kvinnor att känna sig väl omhändertagna och visa att sjuksköterskan finns där för dem, skapas förutsättningar för att kvinnorna skall känna sig säkra och trygga i vården. Det kan bidra till att minska kvinnornas rädsla ängslan och osäkerhet kring sjukdomen och symtomen (Svedlund et al., 1999). Jag anser att denna vetenskap är viktig och användbar i vården, såväl i slutenvården som i öppenvården bland sjuksköterskor, distriktsköterskor och annan vårdpersonal. Den känslomässiga och sociala kompetensen hos vårdpersonalen är något som förstås varierar och beror till stor del på personliga egenskaper hos vårdpersonalen. Men genom att läsa studier som baseras på i detta fall hjärtinfarktsjuka kvinnor, och lyssna till dem kan vårdpersonalen öka sina färdigheter och kunskaper inom detta område.

Vid analysen av denna litteraturstudie har innehållsanalys använts. Det kan diskuteras om det är lämpligt att använda innehållsanalys vid litteraturstudier där materialet redan är analyserat en gång. Risken finns att meningsenheterna blir så små att materialets helhet försvinner. Med detta i medvetandet har materialets helhet lästs igenom flera gånger, för att kontrollera validiteten. Denna metod är lämplig vid litteraturstudier och vid kvalitativa studier och intervjuer. Det är ett mycket tidskrävande arbete och kan resultera i att forskaren istället för att söka efter en djupare mening av datamaterialet, fokuserar på att hantera den stora mängden data. Detta kan göra att materialets djupare mening försvinner, och nyanser går förlorade. Fördelar finns med metoden och det är när en stor mängd fakta och material skall analyseras och sammanföras. (Holloway & Wheeler, 2002, s. 247).

Denna litteraturstudie är en sammanställning av många forskares resultat av senare tidens forskning inom området. Studien är viktig för att den belyser just kvinnors upplevelser, det kan bidra till att kvinnors problem medvetandegörs. Studien ger kunskap till vårdpersonal och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt samt deras närstående. Förhoppningsvis kan studien bidra till förbättringar av vård och omvårdnad av hjärtinfarkt-drabbade kvinnor.

Slutsats

Resultatet av denna litteraturstudie har betydelse för utvecklingen av omvårdnadsarbetet, genom att den tillför kunskap om kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt. Den ökade kunskapen kan komma att ha betydelse för förståelsen och bemötandet av kvinnor med hjärtinfarkt inom sjukvården. Genom att medvetandegöra skillnader och likheter mellan mäns och kvinnors upplevelser vid hjärtinfarkt kan förhoppningsvis denna kunskap leda till att kvinnorna får individuellt anpassat stöd och information om sjukdomen. Kunskap om skillnader mellan män och kvinnor med hjärtinfarkt kan hjälpa kvinnan och hennes familj att få en realistisk bild av sjukdomen och tillfrisknandet.

Referenser

Artiklar märkta med * ingår i resultatet

* Benson, G., Arthur, H., & Rideout, E. (1997). Women and heart attack: a study of women's experiences. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 16-23.

Bjorg, T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of women with newly diagnosed breastcancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40, (1) 112-121.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Canto, J., Shlipak, M., Rogers, W., Malmgren, J., Frederick, P., Labrew, C., Ornatio, J., Barron, H., & Kiefe, C. (2000). Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarktion presenting without chest pain. *The Journal of American Medical Association*, 24, 3223-3229.

*Dorion-Maillet, N., & Meagher-Stewart, D. (2003). The uncertain journey: women's experiences following a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 14-23.

Efraimsson, E., Rasmussen, B., Gilje, F., & Sandman, P. (2003). Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 707-716.

Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 382-395.

Galdas, P., Cheater, F., & Marchall, P. (2005). Men and help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 616-623.

*Holliday, J., Lowe, J., & Outram, S. (2000). Women's experience of myocardial infarction. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 307-316.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.

*Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliot, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonsen, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1403-1411.

Jerlock, M., Gaston - Johansson, F., & Danielson, E. (2005). Living with unexplained chest pain. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 956-964.

Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 360-374.

Kvigne, K., & Kirkevold, M. (2003). Living with bodily strangeness: women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. *Qualitative Health Research*, 13, 1291-1310.

Landmark, B., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 112-121.

Lobeck, M., Thompson, A., & Shankland, M.C. (2005). The experience of stroke for men in retirement transition. *Qualitative Health Research*, 15, 1022-1036.

Lövlén, M. (2001). Blir kvinnors hjärtor tätt på alvor. *Vård i Norden*, 21, 15-19.

O'Donnell, S., Condell, S., Begley, C., & Fitzgerald, T. (2005). In-hospital care pathway delays: gender and myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 14-21.

Olsson, M., Lexell, J., & Söderberg, S. (2005). The meaning of fatigue for women with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 7-15.

Persson, S. (2003). *Kardiologi - hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

*Rosenfeld, A.G., & Gilkeson, J. (2000). Meaning of illness for women with coronary heart disease. *Heart and Lung, 29*, 105-112.

Socialstyrelsen (2004). *Jämställd vård? – Könsperspektiv på hälso och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2001). *Nationella riktlinjer för kranskärlsjukvård*. Nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sullivan, T., Weinert, C., & Cudney, S. (2003). Management of chronic illness: voices of rural women. *Journal of Advanced Nursing, 44*, 566-574.

*Svedlund, M., & Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing, 16*, 256-265.

*Svedlund, M., & Danielson, E. (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 438-446.

*Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing, 35*, 197-205.

Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (1999). Nurses' narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing, 15*, 34-43.

*Tobin, B. (2000). Getting back to normal: women's recovery after a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 11*, 11-19.

White, A.K., & Johnson, M. (2000). Men making sense of their chest pain – niggles, doubts and denials. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 534-541.

Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Zuzelo, P.R (2002). Gender and acute myocardial infarction symptoms. *Medical Surgical Nursing: Official Journal of Medical-Surgical Nurses*, 3, 126-136.