



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KVINNOHJÄRTAN

En litteraturstudie om kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.

ULRIKA AHL
MARTINA KOTAI

Examensarbete
HK 01
Sjuksköterskeprogrammet
Dec 2003

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

KVINNOHJÄRTAN

-En litteraturstudie om kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt.

Ulrika Ahl

Martina Kotai

Ahl, U och Kotai, M (2003) Kvinnohjärtan. En litteraturstudie om kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt. Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng. Malmö Högskola, Hälsa och samhälle, utbildningsområde omvårdnad.

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka och synliggöra olika aspekter på hur kvinnor efter en hjärtinfarkt upplever sin psykiska och emotionella hälsa.

Metoden är en litteraturstudie av vetenskapliga och kritiskt granskade artiklar. Carnevalis (1996) modell för dagligt liv – funktionellt hälsotillstånd har använts som teoretisk referensram.

I analysen av artiklarna framkom det att kvinnorna initialt kände en stor tacksamhet över att de fått en andra chans i livet. Men samtidigt kände de skam, skuld och oduglighet över att de inte var lika starka som förut. Stöd och information, i det dagliga livet, var något som var nödvändigt genom hela tillfrisknadsperioden.

Upplevelserna och känslorna efter en hjärtinfarkt är många. Förändringar i relationer och psykiska hälsoförändringar är något som är genomgående i alla studierna. Många av kvinnorna ansåg att de inte fått tillräcklig information från behandlande läkare och annan vårdpersonal.

Det är viktigt att öka och synliggöra kunskapen hos framtida kollegor, för att dessa kvinnor ska få en så korrekt och adekvat behandling som möjligt.

Nyckelord: hjärtinfarkt, information, kvinnor, psykisk, stöd, upplevelser.

A WOMEN`S HEART

-A literature review about womens experiences after a myocardial infarction.

Ulrika Ahl

Martina Kotai

Ahl, U and Kotai, M (2003) A womens heart. A literature review about womens experiences after a myocardial infarction. Examination paper, Nursing Science, 10 points. Malmoe University, Health and society, Department of Nursing.

The aim of this literature review is to examine and visualise different aspects of how women after a myocardial infarction experiences their psychological and emotional health.

The method used is a review of scientific literature and critically examined articles. The theoretical framework of this literature review is Carnevalis (1996) model of daily living – functional health status.

In our analysis of the articles we found that women in the initial phase felt a great thankfulness that they had get a second chance in their life. But in the same time they felt shame, guilt and inefficient because they weren`t as strong as before.

Support and information in the daily life was necessary through the entire recoveryperiod. The experiences and feelings after a myocardial infarction are several. Changes in relationships and psychical health changes are characteristic in all of the studies. Many of the women thinks that they don`t get enough of information from their doctor and other nursing staff.

It is important to increase and visualise the knowledge to our future colleagues, so this women will get the most correct and adequate treatment as possible.

Keywords: experiences, information, myocardial infarction, psychologic, support, women.

FÖRORD

Först och främst vill vi tacka varandra för ett gott samarbete och en fullbordad litteraturstudie.

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Roland Nilsson som både stöttat och gett oss goda råd via mail och genom god handledning.

Ett stort tack riktas även till bibliotekarie Elisabeth Sassersson och kranskärlssjuksköterskan Margreth Svensson, Trelleborgs lasarett, som hjälpt oss med material och artiklar till litteraturstudien.

Trelleborg 2003-12-30

Ulrika Ahl

Martina Kotai

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Definitioner	6
Patologiskt perspektiv	6
Epidemiologi	7
Nationellt	7
Internationellt	7
Symtom	8
Riskfaktorer	8
Friskfaktorer	9
Diagnostik	9
Akut behandling	10
Rehabilitering/Prevention	10
Aktuell lagstiftning	11
Ekonomi	11
Sjuksköterskans roll	12
Psykiska reaktioner	12
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
METOD	13
Sökningsresultat	14
TEORETISK REFERENSRAM	15
RESULTAT	16
0-5 veckor	16
5 veckor – 6 månader	19
6 månader – 12 månader	21
12 månader och framåt	23
Sammanfattning av resultat	26
DISKUSSION	27
Metoddiskussion	27
Litteratursökning	27
Urval	27
Analysmetod	28
Teoretisk referensram	28
Resultatdiskussion	28
Krav	28
Resurser	29
SLUTORD	32
REFERENSER	33

BAKGRUND

År 1768 beskrev den engelska läkaren William Heberden ett tillstånd, som han kallade "angina pectoris", d v s ordagrant "kramande känsla i bröstet" (Freyschuss & Rössner, 1977). Hjärt- och kärlsjukdomarna blev under 50- och 60-talet en dominerande orsak till förtida insjuknande och död i hela västvärlden (Perski, 1999). Sjukhusdödligheten i akut hjärtinfarkt var fram till 1960-talet oföränderligt hög, 30-40 procent. År 1962 började man i USA sammanföra patienter med ökad risk för arytmi komplikationer till speciella avdelningar där hjärtats rytm hela tiden följdes med EKG, elektrokardiogram. Till Sverige, Borås, kom HIA, hjärtinfarktavdelningen, 1966 och spreds sen snabbt (Freyschuss & Rössner, 1977).

Tidigare har kvinnors hälsa och sjukdom mest kretsats kring reproduktiva problem som graviditet, förlossning, klimakteriebesvär, gynekologisk malignitet och bröstcancer (Schenck-Gustafsson, 2003). Kvinnors hälsotillstånd har oftast studerats utifrån ett biologiskt perspektiv, där sociala sammanhang har fått stå tillbaka för genetiska och biokemiska teorier (Nordisk medicin, 1994). I en svensk gallupundersökning 1998, trodde de flesta kvinnor att det var bröstcancer som skulle drabba dem när de blev äldre, endast fem procent visste att det var hjärt-kärlsjukdomar. Hjärtinfarkt är alltså den vanligaste dödsorsaken för kvinnor och incidensen ökar kraftigt efter menopausen (Schenck-Gustafsson, 2003).

Könsskillnaderna vid hjärt-kärlsjukdom är många, både i kroppen och i själen (Apoteket, 1997). Könsskillnaderna som rör psykosociala faktorer har tilldragit sig ökat intresse. Forskning pågår och data har påvisat en del olikheter mellan könen. Det gäller bl a socialt stöd och djupa känslomässiga reaktioner, där män ofta har ett skydd medan kvinnorna kan uppleva många förpliktelse (Billing, 2000). Efter en hjärtinfarkt mår kvinnor, genomsnittligt sett, sämre än manliga patienter, både psykiskt och fysiskt. Misstankar finns att det beror på att vården inte är anpassad till kvinnors behov (Apoteket, 1997).

Definitioner

"Gränsdragningen mellan akut hjärtinfarkt och instabil angina pectoris är flytande och beror på vilka metoder och definitioner som används för att påvisa hjärtmuskelskada" (Socialstyrelsen, 2003-11-23, s.27). Med hjärtinfarkt avses i denna litteraturstudie, "plötsligt försämrat blodflöde i en kransartär medförande skadlig ischemi i myokardiet". Definitionen är hämtad från Ericson & Ericson (2002, s.38).

Patologiskt perspektiv

Kranskärnen är de blodkärl som försörjer hjärtmuskeln med syrerikt blod. De utgår från aorta precis där den går ut från hjärtat och går över hjärtats yta (Hjärt-Lungfonden, 2001). Kranskärnen är som två upp- och nervända träd. Det högra kranskärlet löper runt hjärtats högersida och ger blod framförallt till hjärtats högra kammare. Det andra kranskärlet delas efter några centimeter upp i två stora grenar. En som breder ut sig över hjärtats framsida och en som omsluter hjärtats vänstra sida. Detta kärlsystem försörjer hela vänstra kammaren (Perski, 1999).

Sjukdomsprocessen i kranskärnen sker långsamt och successivt och engagerar främst kärnlavsnitt med kraftig turbulens i blodflödet t ex vid kärlets förgreningsställe. Sjukdomsprocessen i kärnväggen medför att artärens intima,

innersta hinna, förtjockas med successiv förträngning av kärlets lumen. När sjukdomsprocessen är så långt kommen att blodflödet är reducerat till mindre än hälften av normalt flöde, uppträder myokardischemi som tecken på kraftigt försämrad syretillförsel (Ericson, Ericson, 2002).

Åderförkalkade kärl har hårda plack inlagrade i kärlväggen. Dessa kan rupturera, och kärlskadan aktiverar trombocyterna i blodet så att de blir klibbiga och lätt aggregerar mot kärlendotelet, vilket utlöser trombbildning som kan täppa till kärlet. När endotelcellerna och trombocyterna skadas frisätts flera vasoaktiva substanser som utlöser kärbspasm. Kärbspasmen försämrar blodflödet ytterligare till myokardområdet och försämrar ischemin och förorsakar infarkt. Man kan få hjärtinfarkt fastän man inte har någon plackruptur. I stenoserade kranskärl kan endotelets vasoaktiva substanser utlösa en så kraftig kärbspasm att total tilltäppning av kärlet förorsakar infarkt (Ericson, Ericson, 2002). Hjärtmuskelvävnad som dött kan inte återbildas. Kroppen ersätter den döda hjärtmuskeln med bindväv. Läkningen av en infarkt tar cirka sex veckor och det som återstår av infarkten då är ett starkt bindvävsärr (Hjärt-Lungfonden, 2001).

Epidemiologi

Nationellt

Under åren 1987-2000 har ca 444 000 personer registrerats för akut hjärtinfarkt, i Sverige. Under samma tidsperiod uppgår antalet incidenta fall till drygt 556 000 (Socialstyrelsen, 2003-11-14).

Både incidens och mortalitet är starkt köns- och åldersrelaterat vid akut hjärtinfarkt. Kvinnor löper hälften så stor risk för att drabbas av akut hjärtinfarkt och att avlida i hjärtinfarkt. I åldrarna under 55 år är risken för hjärtinfarkt tre till fyra gånger så stor för män som för kvinnor. Incidensen för kvinnor i en viss ålder är i samma nivå som för män som är fem till tio år yngre. Risken att få en akut hjärtinfarkt ökar för kvinnor nio gånger och för män med sex gånger, då åldern ökar från 50 till 70 år. Antal hjärtinfarktsfall har under perioden (1987-2000) sjunkit med i genomsnitt drygt en procent per år och per 100 000 invånare, mer i början av perioden än i slutet. Dödligheten i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare har under samma period sjunkit med i genomsnitt närmare tre procent årligen. Incidensen har minskat mindre bland kvinnor än män. Den åldersstandardiserade incidensen för kvinnor minskade under åren 1990-2000 med ca nio procent. För män var denna minskning femton procent. Mortaliteten har också sjunkit de senaste tio åren. 1990 avled 46 procent av kvinnorna och 42 procent av männen, inom 28 dagar efter infarkt. År 2000 var motsvarande värden 38 procent respektive 35 procent (aa). I Sverige kan dödsfallen för kvinnor i hjärtinfarkt komma att öka, framförallt beroende på; kvinnors ökade rökvanor, den nyligen upptäckta ökade förekomsten av latent diabetes och metabolt syndrom och den ökade stressen (Schenck-Gustafsson, 2003).

Internationellt

MONICA-studien är en studie där 39 centra i 26 länder deltar. Varje center består av 0,3-3,1 miljoner invånare. I Sverige finns det två center. Det ena utgörs av Göteborgsområdet och det andra av Västerbottens och Norrbottens län tillsammans. I MONICA-studien registreras de som insjuknar i hjärtinfarkt i 35-64 års åldern. I de båda svenska befolkningarna ligger infarktincidensen kring eller över genomsnittet för alla MONICA-populationerna bland kvinnor. Man kan se att

något fler drabbas i norra Sverige än i Göteborg. De högsta incidenstalen noteras hos de nordbrittiska kvinnorna, medan incidenstalen är lägst i Spaniens Barcelona (Socialstyrelsen, 1992).

Symtom

Symtomen vid hjärtinfarkt är plötsligt påkommande stora centrala bröstsmärtor, som utlöses under vila eller ansträngning. Smärtorna kan vara ihållande eller återkommande, utstrålade eller diffusa, ibland är de så svåra att de upplevs som outhärdliga. Kvinnor kan ha andra symtom som ångest, illamående, kallsvettighet och andfåddhet. Varningssymtom som korta episoder av bröstsmärta, tryckkänsla i bröstet, andfåddhet och trötthet kan ha förekommit under den närmaste månaden, veckan eller dagarna (Ericson, Ericson, 2002). I ett flertal studier visas att kvinnors symtom vid hjärtinfarkt är atypiska, de är alltså inte sådana som i läroboken (Schenck-Gustafsson, 2003). Symtombilden vid hjärtinfarkt, med ansträngningsutlösta bröstsmärtor med eller utan utstrålning till någon del av torax, armar eller huvud, är i stor utsträckning densamma för bägge könen, åtminstone hos äldre kvinnor och män. Hos yngre kvinnor är det svårare. Den ”känsla” av att anamnesen hos kvinnor är annorlunda än den vi är vana vid från män bör vetenskapligt studeras. Risken är annars stor att kvinnor med ett annorlunda sätt att uttrycka sina symtom misstolkas och missas. Detta kan bidra till att de kvinnliga patienterna kommer senare till adekvat vård och därmed får en sämre prognos (Läkartidningen, 2001).

Riskfaktorer

De viktigaste riskfaktorerna för hjärtinfarkt är förhöjda blodfetter, tobaksrökning, förhöjt blodtryck, ärftlighet, diabetes mellitus och fetma (Billing, 2000).

Stress är en riskfaktor som uppmärksammas i forskningen det senaste decenniet. Allt fler kvinnor är utsatta för skadlig stress. De yrkesarbetar i mycket stor utsträckning samtidigt som de har huvudansvaret för barn och hem (Hjärt-Lungfonden, 2001). Den svenska kvinnan är unik i världen såtillvida att hon förvärvsarbetar i störst utsträckning (Schenck-Gustafsson, 2003). Det är åtta gånger så stor risk att på nytt insjukna i hjärtsjukdom inom fem år om man är stressad och dessutom har dålig förmåga att hantera stressituationer, d v s dålig copingförmåga. Brist på socialt nätverk och sviktande framtidstro är också faktorer som spelar in (Billing, 2000).

Depression kopplas både till uppkomst och prognos av hjärtsjukdom. För utveckling av kardiovaskulära sjukdomar har depression visat sig vara en oberoende riskfaktor av lika stor betydelse som etablerade riskfaktorer som rökning, hypertoni och lipidrubbingar (Shenck-Gustafsson, 2003).

Rökning sänker kvinnans östrogennivåer och det medför att hon kommer tidigare i klimakteriet. Tidigt klimakterium utgör en riskfaktor för hjärtinfarkt och tyder på en sjunkande östrogenproduktion (Hjärt-Lungfonden, 2001).

Nikotin är den enskilt viktigaste faktorn för kranskärlssjukdom. Flera substanser i tobak och snus orsakar den endotelskada som startar aterosklerosprocessen i kärlväggen (Ericson, Ericson, 2002).

Hypertoni är en klar riskfaktor även för kvinnor. Förekomsten av hypertoni hos kvinnor med kranskärlssjukdom är klart högre än hos män med samma sjukdom (Läkartidningen, 2001).

Kvinnor med kronisk diabetessjukdom har fler riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom än män, av både medicinska, hormonella, och psykiska skäl. De behöver därför mycket stöd och preventiv behandling samt täta kontroller hos diabetes team (Schenck-Gustafsson, 2003).

Hyperlipidemi är ett samlingsbegrepp som anger förhöjning av kolesterol och/eller triglycerider i serum (Ericson, Ericson, 2002). I befolkningsstudier, där man studerat sambandet mellan blodfetsrubbningsgrad och hjärt-kärlsjukdom har man sett att höga triglyceridnivåer är en tidig riskfaktor för kvinnor (Hjärt-Lungfonden, 2001).

Typ-D beteendet antas också medverka till utvecklande av kranskärlssjukdom. Detta komplexa beteende kännetecknas av oro, dysterhet, olycklighet och irritation. Dessa personer håller andra på distans, håller tillbaka sina känslor och upplever att de har låg grad av socialt stöd. Ännu har inte så många studier gjorts men de som genomförts har visat samband mellan förekomst av typ D-beteende och morbiditet och mortalitet i kranskärlssjukdom (Billing, 2000).

Ärftlighet ökar risken för hjärtinfarkt med 60 procent, om någon av föräldrarna eller något syskon har haft tecken på kranskärlssjukdom före 65 års ålder (Perski, 1999).

Kvinnors riskfaktorprofil kännetecknas av låg socioekonomisk status, bristande socialt stöd, relationsstress och depression/utmattning. Brist på kvinnliga deltagare i tidigare studier, innebär att det ännu inte är utforskat vad som bör ingå i en optimal psykosocial rehabilitering för hjärtsjuka kvinnor (aa).

Friskfaktorer

Meningsfullt sammanhang: Innebär framförallt att ha en stabil grund att stå på. Att veta vilka vi är, vilken grupp vi tillhör, vilka normer och värderingar vi har och vad som är viktigt för oss. Dessa måste finnas för att vi ska kunna vara människor rustade för att leva, agera och reagera i den värld vi lever i, och för att kunna klara av de påfrestningar som vi utsätts för eller själva åstadkommer (Perski, 1999).

Social position: Trots att folkhälsan förbättras ökar klasskillnaderna i sjuklighet fortfarande, och detta beror på att de högre samhällsskikten blir ännu friskare och lever ännu längre. I praktiken innebär detta nästan en fördubbling av risken att bli hjärtsjuk för lågutbildade personer med sämre ekonomi (aa).

Sociala relationer: De sociala kontakterna har en djupgående betydelse för hälsan. Den sociala inramningen ger livet en struktur och en mening. Den tillför oss energi i kontakten med andra människor (aa).

Självkänsla: Den som har kontakt med sina känslor kan styra sitt liv bättre och med tiden uppnå en välavvägd situation (aa).

Diagnostik

EKG är förutom anamnesen det primära instrumentet för att omedelbart bedöma patienter med obehag i bröstet. Biokemiska markörer används för att verifiera eller avvisa misstanke om hjärtinfarkt. Idag används följande analyser; CK-MB, troponin I eller troponin och myoglobin.

Koronarangiografi används på patienter med svårdiagnostiserade eller

svårbehandlade tillstånd med bröstsmärtor (Socialstyrelsen, 2003-11-23). För att diagnosen akut hjärtinfarkt skall kunna ställas måste minst två av följande tre kriterier uppfyllas; typisk anamnes, typiska EKG-förändringar, eller typiskt biokemiskt mönster (Kullberg, 2001).

Syndroma X är ett tillstånd som är vanligast hos kvinnor. Patienten har bröstsmärta och objektiva fynd på EKG, som tyder på skadade hjärtceller, men vid kranskärlsröntgen visar det sig att de har helt normala kranskärl. Vad detta tillstånd beror på vet man inte (Hjärt-Lungfonden, 2001).

Akut behandling

Huvudmålsättningen med behandlingen är att lindra smärta och ångest, förlänga livet, minska skada och komplikationer och förhindra återinsjuknande. Vid akut hjärtinfarkt blir resultaten bättre desto tidigare adekvat behandling startas efter insjuknandet. För minskning av dödlighet och förbättring av prognos, vid akut hjärtinfarkt, är tillgång till snabb övervakning och behandling nyckelfaktorer (Socialstyrelsen, 2003-11-23).

Studier har visat att kvinnor väntar längre än män på undersökning och EKG-tagning (på akutmottagning) och att kvinnor med hjärtinfarkt, jämfört med män med hjärtinfarkt, oftare placeras på en vanlig vårdavdelning än på intensivvårdsavdelning, 56 procent mot 83 procent. Kvinnor remitteras också, under vårdtiden, i mindre utsträckning än män till kranskärlsröntgen (Läkartidningen, 2001).

Patienterna vårdas initialt på hjärtmedicinsk IVA. Vanligtvis vårdas de under fem dygn. Avdelningsarbetet är krävande och därför fordras det både hög kompetens och en stor ansvarsmedvetenhet. I akutsituationer krävs att samtliga i vårdteamet förstår vad som behöver göras och verkligen gör det. Patienternas tillstånd fordrar kollektiv uppmärksamhet och handlingsberedskap. Efter en diagnostiserad hjärtinfarkt är ångestnivån ofta mycket hög hos patienterna (Kullberg, 2001).

Sjuksköterskan bedömer patientens ångestnivå så att informationsmängden kan anpassas efter den enskilda patientens behov. Det är viktigt att sjuksköterskan tar sig an patientens anhöriga när de kommer till avdelningen. Om sjuksköterskan inte gör detta, måste patienten ta på sig omsorgen om de anhöriga. Stark ångest och oro hos anhöriga kan föras över till patienten och försämra dennes ångest (aa).

Prognosen under de närmaste timmarna, efter insjuknandet i hjärtinfarkt, beror på hur mycket hjärtats arbetsförmåga minskat och på om någon allvarlig störning i hjärtats rytm uppstått (aa).

Rehabilitering/Prevention

Att bedriva primärprevention innebär att mäta riskfaktorer, ge information och rådgivning. Insatserna bör vara tydligt riktade till högriskindivider baserat på kunskapen om hereditet eller flera samverkande riskfaktorer (Socialstyrelsen, 2001). Vid sekundärprevention av ischemisk hjärtsjukdom är uppgiften att tillämpa strategier, som även på lång sikt förhindrar död, återinsjuknande, fortskridande av sjukdomsprocessen och uppkomst av komplikationer. Patienterna bör erbjudas en effektiv och långsiktig rehabilitering som omfattar såväl kroppsliga som själsliga och sociala förhållanden (Socialstyrelsen, 2001). När hjärtsjukdomen väl är etablerad och diagnostiserad gäller det att motverka dess konsekvenser, d v s att

starta en sekundär prevention som omfattar såväl behandling, vård som rehabilitering. Det sker genom en kombination av medicinsk-fysiologiska, kliniska, psykologiska och sociala insatser. Dessa syftar till att undvika ytterligare manifestation av hjärtsjukdomen. De sekundärpreventiva åtgärderna ska alltså förbättra effekten av de akuta insatserna och undvika eller förhindra riskfaktorer, sjuklighet och dödlighet samt förbättra patientens välbefinnande och livskvalitet. Att förebygga sjukdom genom primär prevention, eller att tidigt upptäcka och vidta åtgärder mot sjukdomsprocessen, genom sekundär prevention är ett utomordentligt viktigt arbete för all vårdpersonal (Billing, 2000).

Fortfarande inriktas rehabiliteringen, på de flesta håll, främst på kroppen. Behovet att få bearbeta svåra känslor är på de flesta ställen fortfarande dåligt tillgodosett. Eftersom individens egen uppfattning om sin situation är av avgörande betydelse för om och hur hon tar eget ansvar för sin sjukdom, är det av mycket stor betydelse att vårdpersonalen verkligen lyssnar på patienten och möter denne där hon befinner sig (aa)

Aktuell lagstiftning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av vård skall ges företräde (Wilow, 2000).

Hälso- och sjukvården skall enligt HSL 1982:762 2a§ (aa) bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den särskilt skall:

- ?? ”vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen”
- ?? ”vara lättillgänglig”
- ?? ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”
- ?? ”främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” (s.119)

Ekonomi

Akut hjärtinfarkt är den fjärde vanligaste orsaken till inläggning på svenska sjukhus. Vad gäller flest antal vård dagar så kommer akut hjärtinfarkt på en andra plats (Socialstyrelsen, 2001).

Totala kostnaden för sjukhusvård vid hjärtsjukdom uppskattades 1995 till 4,6 miljarder kronor. Medan primärvårdens kostnader uppgick till knappt 400 miljoner kronor. Läkemedelskostnaden uppgick till 2,3 miljarder kronor (för de tio största läkemedelsgrupperna). De vanligaste läkemedelsgrupperna var diuretika och antikoagulantia. De största kostnaderna uppkom vid förskrivning av kalciumantagonister och ACE-hämmare (aa).

Förutom de direkta sjukvårdskostnaderna ska de indirekta kostnaderna som hjärtsjukdom förorsakar läggas till. Nämligen produktionsbortfall p g a sjukskrivning och förtidspensionering/sjukbidrag. De indirekta kostnaderna skattades 1995 till 8,5 miljarder kronor, vilket är mer än de totala kostnaderna för sjukvård. Så den totala samhällsekonomiska kostnaden förorsakade av hjärtsjukdom uppgick 1995 till 16 miljarder kronor (Socialstyrelsen, 2001).

Sjuksköterskans roll

Enligt Tamm (2002) är det viktigt att vårdpersonalen vet under vilka förhållande det är positivt för den som är sjuk att förneka allvaret i sin sjukdom och när det är viktigt att patienten får sörja sin förlust av hälsa och när aggressivitet och vrede är lämpliga reaktioner. Men det är även viktigt att känna till när dessa känslobeteende är skadliga. Är sorgprocessen, p g a det förlorade hälsotillståndet, för lång kan den övergå till depression. Exempel på de uppgifter man har som vårdpersonal när det gäller att hjälpa den sjuke är att ge adekvat information, svara på frågor, vara lyhörd för känslor, reda ut eventuella missförstånd och stödja den sjuke och dennes anhöriga.

I Kullbergs uppsats (2001) visar det sig att kvinnan upplever den rent tekniska aspekten i vården som tillfredsställande, men att hon önskar en relation till personen bakom det tekniska utförandet. De mänskliga värdena och omvårdnaden som en del i den läkande processen bör således ges en mer framträdande roll i vård och vårdplanering, menar hon.

Psykiska reaktioner

Ångest är det kardinalsymtom som drabbar varje person som har insjuknat i en allvarlig sjukdom (Tamm, 2002).

Att drabbas av hjärtinfarkt är inte något som bara drabbar kroppen. För de flesta innebär en akut sjukdomsepisod att de måste tänka över och ofta ändra sitt sätt att leva. Även en liten och okomplicerad infarkt är en dramatisk upplevelse för de flesta. Det är naturligt att efteråt reagera med oro och nedstämdhet (Hjärt-Lungfonden, 2001). Det är vanligt att uppleva känslomässiga reaktioner av olika slag efter en hjärtinfarkt. Hjärtfunktionen är en livsnödvändighet och i efterförloppet till en infarkt väcks tvivel på den egna kroppens funktionsförmåga. Rädsla som ibland kan stegras till panik och känsla av att tappa fotfästet och inte längre ha kontroll beskrivs av många efter en hjärtinfarkt. Det kan ta sig olika uttryck, men mycket vanligt är kraftig oro och rädsla inför att gå och lägga sig om kvällarna. Nedstämdhet och sorg är också vanligt. I de flesta fall är det normala känsloreaktioner, som med gott stöd från omgivningen försvinner efter en tid (Schenck-Gustafsson, 2003).

Få studier där samband mellan depression, ångest och hjärt-kärlsjukdom studerats har gjorts på enbart kvinnor. De flesta undersökningarna har gjorts på män, och i de fall kvinnor ingått har de oftast utgjort en liten del av materialet. Det har då ofta framkommit att kvinnor mår sämre än män efter hjärtinfarkt. De känner mer oro och ångest och rapporterar mer depressiva symtom (aa).

Den som insjuknar i en allvarlig åkomma upplever i regel hjälplöshet mot yttre omständigheter och en förväntan att från och med nu kan allting hända. Den sjuke känner sig sårbar och otrygg. En allmänt negativ självuppfattning kan med tiden utvecklas, ofta med betydande inslag av föreställningar om hjälplöshet (Tamm, 2002). Hos var tionde person kan man efter utskrivningen från sjukhuset se tecken på en sorgereaktion som överskuggar hela psyket och förbrukar alla psykiska resurser. I den reaktionen är huvudinslaget, och övertygelsen att situationen är hopplös, ”det är kört”, det finns inte något att göra och jag kommer inte att klara mig (Perski, 1999).

Kullberg (2001) skriver i sin uppsats att kvinnor i större utsträckning än män inte fått tala i enrum med sin behandlande läkare. Det bör vara en självklarhet att inte behöva prata om sin oro och ångest i ett rum fullt av främmande medpatienter. Som patient har man rätt till att bli bemött som individ och inte som en del av hjärtinfarktskollektivet.

Det framkom också att det psykiska hälsotillståndet, hos knappt hälften av kvinnorna i hennes avhandling, hade blivit hjälpta till liten del eller ingen del. Detta menar hon beror på att efter ett stort trauma som en hjärtinfarkt innebär kommer tankarna ofta i efterhand. Tankarna kommer kanske inte förrän efter utskrivningen och då har man ingen personal att ventilera frågor och funderingar med (aa).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syfte

Vårt syfte med denna litteraturstudie är att undersöka och synliggöra olika aspekter på hur kvinnor efter en hjärtinfarkt upplever sin psykiska och emotionella hälsa. Genom denna litteraturstudie är vår förhoppning att öka förståelsen och fördjupa kunskapen hos andra sjuksköterskestuderande och blivande kollegor.

Frågeställningar

Hur påverkas kvinnor psykiskt och emotionellt efter en hjärtinfarkt?

Skillnader och likheter, vad gäller den psykiska hälsan, beroende på hur lång tid det har gått efter hjärtinfarkten?

METOD

Detta examensarbete är en litteraturstudie baserat på kritiskt granskade och vetenskapliga artiklar. Förhoppningen är att få svar på våra frågeställningar.

Materialet till bakgrunden har hämtats från böcker, tidsskrifter, internet, artiklar och informationsbroschyrer. Materialet kommer från Malmö Högskolas bibliotek, Trelleborgs sjukhusbibliotek samt från kranskärllssjuksköterskan på Trelleborgs lasarett. De vetenskapliga artiklar som använts är funna i Malmö Högskolas biblioteks databaser.

För att söka så brett som möjligt sökte vi på internet, där vi fann ett examensarbete med intressanta referenser.

Vi valde att avgränsa oss till åren 2000-2003, därför att vi ville ha så färsk och aktuell forskning som möjligt, och på grund av bristande språkkunskaper valdes endast svenska och engelska artiklar. Inga fler avgränsningar gjordes eftersom ämnet är så utforskat. Vi har utgått från Polit, Beck & Hungler (2001) krav på vetenskapliga artiklar, se bilaga 1. Vid granskning av artiklarna upptäcktes i flera fall att artiklarna inte höll vetenskaplig standard och att innehållet inte svarade på våra frågeställningar. Efter granskningen utav artiklarna återstod nio artiklar som vi använde oss av. Utav dessa var åtta stycken kvalitativa och en var kvantitativ.

Vi tematiserade artiklarna utifrån dessa tidsintervall, 0-5 v, 5v-6mån, 6mån-12mån, 12mån och framåt.

Tabell 1. Sökningsresultat

Databas	Sökord	Antal träffar	Läst material	Använt material
Elsevir	Coronary heart diseases AND women AND depression	43	3	1
	Women AND depression	2042	8	0
	AND coronary	84	5	0
	Women AND experiences AND heart AND quality	1199	9	0
	Women AND experience AND CHD	13	4	1
PubMed	Myocardial infarction	19406	0	0
	AND women	9242	0	0
	AND experiences	45	5	1
	Women AND experience AND heart	377	10	0
	Feelings after a myocardial infarction	49	1	0
	Experiences following a myocardial infarction	7	0	0
Elin	Women AND depression AND coronary	75	3	0
	Myocardial infarction AND emotions	1	1	1
Cinahl	Myocardial infarction AND women AND experiences	282	3	0
Science Direct	Myocardial infarction AND womens experiences	2	1	1
	Myocardial infarction AND qualitative studys	6	0	0
Psychinfo	Myocardial infarction AND women AND experiences	282	3	0
www.sos.se	Hjärtinfarkt	1	1	1
www.lakartidningen.se	Hjärtinfarkt OCH kvinnor	202	5	2
	Hjärt-kärlsjukdom	22	2	1
Spray	Hjärtinfarkt	20788	5	1
	OCH kvinnor	9381	7	0
	OCH upplevelser	278	28	1
www.luth.se	Hjärtinfarkt	17	3	1
Totalt		63844	107	12

TEORETISK REFERENSRAM

Enligt Carnevali (1996) ska sjuksköterskan identifiera och förstärka patientens krav och resurser (se bilaga 2) och hjälpa patienten så att denne kan få en högre grad av upplevd hälsa. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att få en balans mellan dennes krav i det dagliga livet och de inre respektive yttre resurser som personen besitter. Omvårdnadsdiagnosen speglar patientens situation. Detta innebär att patientens välbefinnande är sammanhängande med sjuksköterskans diagnos och behandling av problemet.

I Carnevalis (1996) modell framgår det att liv och funktionellt hälsotillstånd interagerar och är beroende av varandra. Det dagliga livet har inverkan på individen och familjens sätt att fungera. Det anger även kraven på individens funktionella förmåga. Den funktionella förmågan påverkar i sin tur individen eller familjens möjlighet till att leva sitt dagliga liv. Detta innebär att man i denna modell måste ta hänsyn till båda kategorierna, dagligt liv och funktionell förmåga. Det går inte bara att se till den ena kategorin. Carnevali (aa) jämför kategorierna med en balansväg. För att uppnå hälsa måste det råda balans mellan kraven i det dagliga livet och de inre respektive yttre resurser som är tillgängliga för att klara av dessa krav. Enligt denna modell, baseras definitionen av hälsobegreppet på om det råder balans, som leder till välbefinnande men även livskvalitet, oberoende av hälsotillstånd. Man kan alltså uppleva hälsa fastän man är sjuk. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa individen och familjen att balansera de krav och resurser som finns i det dagliga livet. Det är viktigt att som sjuksköterska uppmärksamma och samla in data om individen, både vad gäller upplevelser förknippade med aktiviteterna och aktiviteternas mening och betydelse.

Carnevali (1996) anser att sjuksköterskan bör ställa sig fyra frågor:

1. "Vilka resurser behövs med tanke på individens och familjens funktionella förmåga?"
2. "Vilka resurser kan göras tillgängliga för dem?"
3. "Vilka resurser kommer att vara faktiskt användbara för personen?"
4. "Vilka resurser kan personen acceptera?" (s.36)

RESULTAT

Resultatet redovisas i löpande text med en genomgång av det väsentliga i varje enskild artikel. Varje artikel redovisas för sig. För att förtydliga resultaten har citat hämtats från artiklarna. Efter redovisningen av resultatet följer en sammanfattning av resultatdelen.

0-5 veckor

Jackson, m fl (2000) kom i sin studie fram till att känslan som kvinnorna hade i slutet av den första veckan hemma, var att de hade överlevt hjärtinfarkten och perioden omedelbart därefter. Man kunde även se att trots att de var glada över att vara hemma igen så karakteriserades perioden av rädsla och osäkerhet. Rädsla upplevde man inför en rad olika faktorer. Nämligen; rädsla för framtiden, rädsla inför döden, rädsla inför återinsjuknande i hjärtinfarkt, rädsla för att delta i vanliga aktiviteter och rädsla för vilken innebörd hjärtinfarkten har på deras roll som "family carer".

Den initiala perioden efter hjärtinfarkten upplevdes som en period av ledsamhet, fysisk utmattning, depression och emotionell labilitet. En deltagare berättade att hon hade gråtit minst två gånger per dag sen det att hon blev utskriven från sjukhuset. Hon uppgav att detta ej var likt henne. Utmattningen och oron kvinnorna upplevde förvärrades av att de generellt hade brister i kunskap och kännedom angående hjärtinfarkt. Många av kvinnorna hade frågor angående hur hjärtinfarkten skulle påverka deras livsstil som ex matvanor, konsumtion av alkohol, fysisk aktivitet som träning, arbete och hushållsarbete.

Förutom behov av information uttryckte kvinnorna ett behov av kamratskap, emotionellt stöd, hjälp med hushållsarbetet och vardagliga aktiviteter. Dessa behov tillgodosågs i de flesta fall av partnern och andra familjemedlemmar, men även av grannar, kyrkan och andra religiösa grupper.

Vidare beskriver Jackson, m fl (2000) att under slutet av andra veckan hemma mätte kvinnorna mycket bättre. Känslorna av ledsamhet, depression och emotionell labilitet började försvinna.

"last week I could cry – I did cry alot, because I couldn't do anything else. But this week I was better. I've calmed down a little bit"

Kvinnorna kände sig även fysiskt starkare och blev inte trötta så fort. De uppgav sig ha större uthållighet och uthärdande. Trots detta började en del kvinnor ifrågasätta sin roll som "family carer". De antydde att de inte nödvändigtvis skulle återta fullt ansvar för att sköta hushållet.

Rädslan inför framtiden och inför döden, som var dominerande under första veckan, började skingra sig.

"I'm not as frightened, as time goes on I get less and less frightened. Through the day I'm not frightened at all now. I'm still a little bit at night – when I go to sleep I wonder if I'll wake up the next morning but other than that I feel like I'm getting back to normal. ... I'd like to say I'm starting to feel like I'm here to stay again"

Trots att de var mindre rädda för att dö, så var de fortfarande rädda för olika saker exempelvis så var de oroliga för vilken effekt deras sjukdom hade på familjen. Några av kvinnorna började tänka på att återgå till arbetet och var oroade för hur de skulle klara av den arbetsrelaterade stressen. Andra var oroade över sin hälsa och ett flertal var nervösa p g a att de funderade över planerade undersökningsprocedurer som t ex angiografi. Man var speciellt rädd inför möjligheten att invasiv behandling skulle vara nödvändigt.

Att vara mer aktiva och mindre rädda gav kvinnorna mer självförtroende och förtroende inför framtiden.

Efter andra veckan hemma kände kvinnorna fortfarande ett behov av information. Frågorna handlade om; hur den förväntade återhämtningen skulle se ut, förändring av livsstil, hantering av bröstsmärta och andra problem. En del hade även tagit kontakt med sin egen doktor. Kvinnorna litade på att deras doktor skulle tillhandahålla dem information angående hantering av symtom. Men vänskap och emotionellt stöd var fortfarande i första hand tillgodosett av partnern, familjen och vännerna.

Enligt Jackson, m fl (2000) uppgav kvinnorna efter slutet av tredje veckan hemma att deras hälsa och välbefinnande fortsatte att förbättras. De kände sig nu starkare och bättre än föregående veckor. De kände att de skulle kunna återgå till hur de fungerade innan hjärtinfarkten. De uttryckte även avvaktande optimism inför framtiden.

"I feel better yes for now but I do not know tomorrow or next week, you know. But at this moment I'm very good. Much better from first and second week, I'm much better. Yesterday and every day, I go for a walk"

Fast kvinnorna kände sig bättre, var en del fortfarande rädda och utmattade. En kvinna uppgav att hon hade svårt för att komma till ro vid sängdags.

"At night I feel anxious, tired like and when I'm tired I don't feel so good and I think, oh am I going to wake up in the morning ... I can't describe the feeling, just lethargic. I feel like I'm so tired ... I can't explain it ... I feel that tired I'm frightened to shut my eyes cause I feel like I'll never open them again I'm so tired. It's a heavy, heaviness, that's the only way I can describe it, you know, heavy"

Samma deltagare var den enda som hade återgått till sitt arbete. Men hon hade bara återgått till att arbeta två dagar i veckan. Trots detta så kände hon sig trött, känslig och stressad.

Nu började kvinnorna reflektera över sjukhusvistelsen. De flesta uttryckte besvikelse över den brist av information de fått från vårdpersonalen. Men en del av kvinnorna erkände att problemet kan ha varit mer relaterat till att de ej kommit ihåg eller förstått vad som sagts till dem. Kvinnorna hade fortfarande ett stort behov av information. Frågorna gällde matvanor, lokalisation av hjärtinfarkten och hur stor skadan var på hjärtat. En kvinna uppgav att ha tillgång till relevant material och support via telefon hjälpte henne att få förståelse och hjälpte henne att återfå en känsla av balans och perspektiv.

En månad efter att de hade kommit hem, började kvinnorna utveckla egna nätverk. Dessa inkluderade partnern, familj, vänner, egna doktorn, organisationer och religiösa grupper.

Svedlund, m fl (2001) kom i sin studie fram till tre stycken teman och åtta stycken subteman.

Sårbarhet

De upptäckte känslor som sårbarhet eftersom kvinnorna kände sig beroende, förolämpade och besvärade. Dessa utgör tre subteman.

Känsla av att vara beroende av andra. Kvinnorna var i normala fall vana vid att ta hand om allting i hemmet och släktingarna var vana vid att se dem som starka, aktiva individer, oberoende av andra, som hellre gav än mottog omsorg. Kvinnorna blev beroende av släktingarnas hjälp i den akuta fasen av hjärtinfarkten. Kvinnorna ägnade mycket av tiden på sjukhuset till att oroa sig över hur deras män och barn skulle klara situationen.

Känsla av att bli förolämpad. Kvinnorna avslöjade känslor som förnedring, och att inte känna sig så starka som vanligt. De skämdes över att de var sjuka och kände sig misslyckade.

”... and then he had to help me to undress, and help me walk, and this isn't easy. I don't think it is.”

Känsla av att vara till besvär. De ville inte störa anhöriga med frågor och inte ses som en patient som bara tog upp personalens tid med sina ”små problem.”

”Then he (physician) thinks this is a troublesome patient... who nags and asks questions the whole time!”

Distanserad

Kvinnorna kände det som att detta kunde inte vara sant, detta hade inte hänt. De var alltså distanserade till händelsen. De oroades sig mer för andra än sig själva. Här fick man fram tre subteman.

Inser inte verkligheten. Kvinnorna förnekade symtomen och att de var sjuka. De var i en process där de väntade för att se om symtomen försvann. Kvinnorna handlade inte adekvat, de ville bara bli normala igen. De ansträngde sig verkligen för att övertyga andra att de mådde bra, detta trots att de hade en gnagande känsla som sa att det var något som inte stämde. Det avslöjades i intervjuerna att det faktiskt kunde vara männen som distanserade sig ifrån vad som hände och därför inte ville inse konsekvenserna i akuta fasen.

”My husband thought this is the end of it all ... our sex life and everything.”

Fången i en överklig situation. Kvinnorna hade en uppfattning om att en hjärtinfarkts mest påtagliga symptom är olidlig bröstsmärta. Så symptom som illamående, frossa, svaghet och häftig andning var en förvirrande bild för kvinnorna. Istället för att söka hjälp ignorerade de den möjligheten att det kunde vara något allvarligt. De trodde inte att det kunde vara en hjärtinfarkt.

Undertryckande p g a oro för andra. Kvinnorna undvek att berätta hur de mådde för sina släktingar. De höll sina tankar för sig själv för att inte oroa andra. Kvinnorna ville inte offra sin livsstil. De höll därför sina känslor och symtomkänningar för sig själv. Kvinnorna upplevde det som om att deras män inte ville diskutera kring det som hade hänt, eftersom de inte ville visa att de var oroliga, likaså ville inte kvinnorna visa att de ej var lika starka och kapabla till att göra de saker som de brukade göra. De kände sig ledsna och ville gråta. Detta gjordes också, fast i ensamhet.

Återfå förnuftet

Kvinnorna började återfå förnuftet och hade insikt och såg ny mening med livet. Så här uppstod två stycken subteman.

Skaffa sig insikt. Intervjuerna med kvinnorna avslöjade hur det kändes att stå inför sin egen död. De var tvungna att komma till någon uppfattning vad gäller upplevelserna av att ha överlevt en livshotande händelse. Kvinnorna måste acceptera att begränsningar kanske är nödvändiga som ett resultat av hjärtinfarkten. De hade antingen en positiv inställning eller inställningen att de var tvungna att "vänta och se" hur framtiden skulle te sig. Kvinnorna hade en insikt i vad som hade hänt och de visste att de var tvungna att ta det lugnt ett tag, och att det skulle bli svårt att ge upp rökningen och göra andra anpassningar i det dagliga livet. De ville leva med så mycket värdighet och så normalt som möjligt. Kvinnorna kände osäkerhet och var rädda för ännu en hjärtinfarkt. De började seriöst överväga hur de bäst skulle fortsätta med sina liv, kanske lite långsammare, kanske inte på samma sätt som förut. I alla fall så ville de gå vidare.

Upptäckt av ny mening i livet. Kvinnorna kände sig lättade när de informerades om diagnosen. Initialt var tanken på att dö väldigt skrämmande. De var tacksamma för att ha överlevt och fått en "andra chans" i livet. Hjärtinfarkten var en varning och de skulle värdesätta sina liv mer i framtiden.

5 veckor – 6 månader

Tobin, (2000) menar att kvinnor som återhämtar sig efter en hjärtinfarkt genomgår en process. Denna process innefattar fyra stadier nämligen; acceptera vad som har hänt, införa gränser, göra anpassningar och återupprätta normalitet.

Acceptera vad som har hänt

Detta stadie är en kombination av två faser: att möta döden och leta efter orsaken.

Att möta döden. Efter den första kaotiska tiden insåg kvinnorna hur nära döden de hade varit. Deras reaktioner på detta var varierande. En del var rädda, andra likgiltiga och ytterligare en grupp accepterande. Två typer av reaktioner till att de hade överlevt hjärtinfarkten var uppenbara. Första reaktionen var att de var tacksamma för att de överlevt hjärtinfarkten och andra reaktionen var pessimism. Många av kvinnorna var rädda att de inte skulle kunna göra allt de hade gjort innan. En del var rädda att de inte skulle få se sina nära och kära igen.

Leta efter orsaken. Nu började kvinnorna undra över vad det var som hade orsakat hjärtinfarkten. En del anade att de skulle få en hjärtinfarkt förr eller senare p g a att många i deras släkt redan hade drabbats, andra kunde inte förstå varför de hade drabbats.

Införa gränser

Detta stadie innefattar tre faser.

Stöta på begränsningar. Innan de kunde införa gränser för aktiviteter var kvinnorna tvungna att ta reda på vilka begränsningar de hade. Allt eftersom de gradvis började göra saker igen, exempelvis diska och torka golvet, blev de trötta och kände sig svaga. Men när andra erbjöd hjälp fick de skuld känslor för att de inte var kapabla till att avsluta sina sysslor.

Acceptera begränsningar. Trots att de accepterade de begränsningar som uppkommit på hjärtinfarkten så gillade kvinnorna inte dem. De kände att begränsningarna störde familjelivet och de sociala åtagandena. De kvinnor som accepterade sina begränsningar och var tillmötesgående, var optimistiska och säkra på att de skulle tillfriskna. Medan de kvinnor som hade svårt för att acceptera begränsningarna och ej var tillmötesgående, såg begränsningarna som oövervinnliga och var pessimistiska angående tillfrisknandet.

Reducering av sårbarhet. Efter utskrivningen från sjukhuset kände majoriteten av kvinnorna tveksamhet och osäkerhet vad gäller att utföra de dagliga aktiviteterna. De var rädda för att få ett återfall. Men kvinnorna använde sig av olika strategier för att kunna hantera osäkerheten. Exempel på strategier är; söka tröst, förvärva sig kunskap och iaktta försiktighet.

Göra anpassningar

Detta stadie innefattar tre faser.

”Testa vattnet”. ”Testa vattnet” är det uttryck författarna använde för att beskriva hur kvinnorna efter hjärtinfarkten konfronterades med vad de klarade av att göra. De började med enkla uppgifter och när dessa kunde utföras utan smärta eller obehag ökade de svårighetsgraden på uppgifterna. Här var behov av stöd stort.

Lyssna på sig själv. Efter hjärtinfarkten var många av kvinnorna osäkra på sin egen kapacitet. Trots detta verkade de inte ha några svårigheter att avgöra hur mycket aktivitet som var passande. Kvinnorna blev mer känsliga för kroppens behov och krav. De lärde sig att lita både på fysiska och psykiska signaler.

Väga priset gentemot fördelarna. Den sista strategin kvinnorna använde sig av för att göra anpassningar, var att titta på det pris man fick betala och de fördelar som fanns vid livsstilsbyte, och sen försöka genomföra dessa förändringar.

Återupprätta normalitet

Det sista stadiet är indelat i två reaktioner; att definiera om begreppet normal och att bli oberoende.

Definiera om begreppet normal. Kvinnorna tvingades acceptera sina begränsningar. Kvinnorna var tvungna att minska eller ändra sina förväntningar så att oförmågan att utföra dessa uppgifter inte längre skulle vara någon begränsning. De insåg att även om inte allt var som förut så fick man säga att de nu hade återupprättats normalitet.

Åter bli oberoende. Denna fas karakteriserades av att fullfölja uppgifter och delta i aktiviteter utan att vara rädd. Flera av kvinnorna uttryckte nu att de kunde göra vad de ville och gå vart de ville gå.

I Løvliens, (2001) studie, visar hon på hur kvinnor efter att ha fått en hjärtinfarkt prioriterar andras behov framför sina egna. Kvinnorna glömmer inte de plikter de har som mamma och som "family carer". Exempel på detta är den kvinna som trots svåra smärtor, tålmodigt satt och väntade på att dottern skulle bli klar med sina inköp. Hon är förvånad över att omgivningen inte i större utsträckning trycker på kvinnan att kontakta sjukvården. Løvlien menar att förklaringen till detta bl a är en kombination av kvinnors avfärdande av sjukdomen och omgivningens förförståelse. Kvinnans sjukdomsavfärdande och bagatellisering av situationen gjorde så att omgivningen inte tolkade situationen som så allvarlig. Hon beskriver även hur många av kvinnorna fick kontakta läkarna flera gånger innan de blev tagna på allvar. En del av kvinnorna upplevde att de var tvungna att "förhandla" med läkarna för att få hjälp.

6 månader – 12 månader

I Svedlund & Axelsson, (2000) studie visar resultatet att kvinnornas upplevelse av sjukdom under rehabiliteringsfasen innehöll två teman, att rehabilitering behövdes och förlust av frihet. Efter längre förklaringar gav temana en djupare mening av att leva med hjärtinfarkt och hur effekten av detta påverkar kvinnor.

Kvinnorna kände sig olyckliga och sårbara, men samtidigt stred de mot rädslan för sjukdomen. Tre månader efter hjärtinfarkten beskrev kvinnorna att de försökte göra så mycket de orkade med, några hade accepterat att de inte längre hade sin fulla styrka och kände sig obekväma inför andra. Samtidigt som de ville känna sig behövda ville de inte bli beroende av sin partner/respektive.

Skyldighet och skam för att vara svaga och förnekande av vad som hänt var också något som framkom i studien. Känsla av oduglighet och förlust av styrka i det dagliga livet kände de fortfarande efter tre månader. De tyckte att de hade förlorat friheten som en frisk person kan uppleva.

"...I don't like to be like that, I want to be myself..."

"... then I fell worthless and I am not the person I want to be..."

Några kvinnor förnekade sin sjukdom, de höll inne sina känslor av oro för sjukdomen. De ville inte vara gnälliga eller trötta sina partners med sina negativa reaktioner av sjukdomen.

"... more and more I notice that I both say and do not say exactly as it is..."

Oduglighet och osäkerhet vad gäller förmågan att hantera sin sjukdom kände de som ett misslyckande. Att inte vara lika stark som före insjuknandet och att leva livet på ett annat sätt var också tecken på oduglighet. Några drog slutsatsen att de inte var samma personer som tidigare och menade att livet inte var värt att leva. En ökad trötthet bland kvinnorna framkom också.

Fleury, m fl (2001) kom fram till att kvinnorna under sin kamp för att återupprätthålla integriteten vid återhämtning efter diagnostiserad hjärtsjukdom,

gick igenom processer och utmaningar som att söka mening, ta kontroll och acceptera sig själv.

I sökandet efter mening frågade sig kvinnorna, varför händer detta mig? Samtidigt som de började förstå hjärthändelsen och tillät sig själv att undersöka rädslan och osäkerheten som omgav deras upplevelser.

De förändrade sitt agerande genom att leva på ett annat sätt och värdesätta andra saker. De såg tillbaka på tidigare beteende, och detta utgjorde en bas för dem för att förstå sin hjärtsjukdom och för att strukturera förändringar i livet.

De sökte information relaterat till sin diagnos för att kunna förstå händelsen och se framtidsmöjligheter. Samtidigt som de sökte förståelse och mening, så var denna process ändå associerad med ilska och skuld för att ha orsakat hjärthändelsen själv. I sökandet så reflekterade de över skörheten, deras ovaraktighet i livet och en tanågot-för-givet-framtid. De började åter undersöka sina personliga mål och livsplaner.

De uttryckte stor tacksamhet över att ha blivit erbjudna en andra chans i livet och upplevde en förnyad medvetenhet över sin egen dödlighet. Detta erkännande fick kvinnorna att åter överväga vad som verkligen var viktigt i deras liv och undersöka meningen med att ha en kronisk sjukdom i framtiden.

Samtidigt som de mötte många fysiska och psykiska påfrestningar började de fokusera på upptäckten:

”Who am i now? and ”what can I expect from myself”

Genom att klargöra personliga värderingar och formulera personliga relevanta mål så började kvinnorna släppa på tidigare förväntningar om hur man gör en sak rätt och de började möta sina liv med en medvetenhet som bestod av många möjligheter och alternativ om hur man ska leva. De kämpade medvetet mot en utvärdering av tidigare roller och personligt värde. Både för sig själva och i sammanhanget av sina sociala relationer.

I vardagliga situationer sökte de styrka genom att testa sig själva och utmana personliga gränser. De började bedöma sin personliga tillgång och förmåga som en bas för att samla hopp och för att kunna se mot framtiden. En kvinna menade att hon lärt sig lita på sig själv, att förlita sig på sig själv och själv ansvara för sina handlingar. Genom att söka och finna styrka i sig själv och i sina upplevelser lärde de sig att lita på sig själva och sina egna förmågor.

”No one can believe what I have been through. I have a strength that I never knew I had”

En viktig aspekt när det gällde att skapa kontroll var omvärderingen av personliga och sociala prioriteringar. Omvärdering av prioriteringar reflekterar kvinnors behov av att strukturera sina egna liv och tidigare roller.

”It’s like cutting to the center of things, you realize what is important now. Unimportant things fall away”

Kvinnorna omprioriterade saker och ting i livet och blickade framåt mot nya förväntningar och värderingar. De gjorde saker utifrån sig själva och inte för sig själva. Genom att skapa kontroll gjorde de så att de kom över det enformiga mönstret av sjukdom och i stället kunde se livsmöjligheter.

”I am getting to a point where I think anything is possible for me. Before I saw limits, now I see possibilities”

Kvinnorna välkomnade alternativa vägar till problemlösning och hur man lever sitt liv. För att acceptera sig själv så var kvinnorna mer öppna om hur de kunde leva sina liv med olika valmöjligheter. De såg på sig själv och livet på ett annat sätt, och också möjligheterna. De som accepterade detta mårde bättre och fick en bättre självbild. De accepterade sig själva genom att bli flexibla i frågan om förväntningar, och lät sig inte bli dömda av andra. Kvinnorna lärde sig att skratta åt sig själva och sina personliga brister och att humor hjälpte dem vid motgångar.

Samhörighet söktes med andra som ett sätt att få den känslomässiga support de behövde efter hjärtsjukdomen. Även om familj och vänner var fysiskt närvarande så upplevde de att händelsen hade avskärmat dem från andra i deras liv, och att de existerande relationerna inte gav det stöd de behövde. De sökte sig till andra likasinnade som förstod.

12 månader och framåt

Wickholm & Fridlund (2003), ville prospektivt avgöra kvinnors självskattade hälsa efter en akut hjärtinfarkt från ett omfattande perspektiv över en tillfrisknandeperiod på fyra år. Det visade sig att den ökade deprimerade sinnesstämningen och känslan av att mista kontrollen ökade under det första året, men minskade igen i slutet av fyraårsperioden. Vad gäller oron så visade det dock inga olikheter över åren för dessa kvinnor. En faktor som ökade konstant över alla åren var förmågan att behandla kvinnorna tillmötesgående. Författarna menar att detta kan vara ett resultat av den repeterande informationen och utbildningen personalen haft till sitt förfogande, som gjort dem medvetna om att kvinnor kan bli olyckliga vid hjärtinfarkt. När livet återgick till det normala och kvinnorna fått perspektiv till sin hjärtinfarkt minskade rädslan för en reinfarkt. Initialt erhöll kvinnorna hjälp och stöd från familj och vänner, men denna hjälp minskade gradvis över perioden.

Johansson, m fl (2003) har i sin studie illustrerat det väsentliga med att leva med hjärtinfarkt och beskrivit detta utifrån fem beståndsdelar; Mitt hjärta och mitt liv, Leva med en opålitlig kropp, När livet sviker, Känsla av sårbarhet och bristande delaktighet och Försöka åstadkomma försoning. De menar att dessa fem delar måste ses som en helhet och de kan ej separeras.

Mitt hjärta och mitt liv

Kvinnorna upplever att plötsligt förändras allt i deras liv. Döden blir en del av ens dagliga liv. De menar att allt kan plötsligt ta slut och en ny hjärtinfarkt kan närsomhelst inträffa. Kvinnorna berättade att som ett resultat av hjärtinfarkten så värderar de nu livet på ett annat sätt, än de tidigare har gjort. Viljan att leva verkar bli starkare när de måste leva med kunskapen hur kort och sårbart livet är. Att leva med vetskapen att man kan dö när som helst gör att man känner rädsla, oro och en viss respekt för livet. Kvinnorna lever nästan med en konstant oro över framtiden. Detta påverkar deras dagliga liv. Detta exemplifieras utav en deltagare

som berättar att hon måste städa upp i huset innan hon går och lägger sig. Hon kan inte lämna något ogjort, i fall hon inte lever nästkommande dag.

Leva med en opålitlig kropp

Kvinnorna beskrev hur hjärtinfarkten förändrade deras attityd till kroppen. De vågade inte lita på att deras kropp skulle förbli frisk. En kvinna beskrev att efter det att hon hade kommit hem från sjukhuset så kände hon sig rädd och övergiven. Det var det faktum att hon nu hade kommit hem och fick klara sig själv som orsakade att känslan av osäkerhet blev så stark. Det faktum att kroppen är så opålitlig och att vad som helst kan hända, gör att de börjar tänka på hur de ska hantera framtida situationer. Kvinnorna känner sig maktlösa och övergivna eftersom de inte vet vad de kan göra för att förhindra en hjärtinfarkt. De känner sig även osäkra för att de vet att om de skulle få en hjärtinfarkt till så är de helt beroende av andras hjälp och vård för att överleva.

När livet sviker

Kvinnorna känner att livet har svikit dem eftersom livet efter en hjärtinfarkt inte motsvarar kvinnornas förväntningar på livet. Sysslor som de tidigare kunnat göra utan några problem, har nu blivit svåra och de kan inte längre göra vad de vill. Skötsel av hushåll och korta promenader är nu svårt att klara av. Kvinnorna önskar göra mer än kroppen klarar av.

”It’s awful, being so tired that you feel you have no desire to do anything, because I know I’ll get so tired anyway // that spontaneous feeling of joy I used to have, that is hard to live up to, when I’m always so tired, then it gets really difficult”

Känsla av sårbarhet och bristande delaktighet

Kvinnorna behöver mycket stöd för att klara av det dagliga livet. Kvinnorna uttryckte att de fanns brist på stöd, vilket fick dem att känna sig ensamma och övergivna, vilket ökade deras osäkerhet. De fick information och råd angående livsstilsförändringar men eftersom informationen inte gavs på ett individuellt plan utan var standardiserad upplevde kvinnorna det som tillrättavisningar. Denna typ av information i kombination med stress är för svårt för kvinnorna att klara av. Så istället för att vara till hjälp så gör sådan information kvinnorna passiva och mer osäkra på hur de ska klara sig. Kraftiga ansträngningar är nödvändiga för att uppnå livsstilsförändringar som också upprätthålls. Kvinnorna är beroende av vårdpersonal som ser till patientens perspektiv. Det är oerhört viktigt att kvinnorna ses som en individ och blir tagna på allvar. Att få individuellt stöd är en nödvändighet för kvinnornas välbefinnande och hälsa.

Försöka åstadkomma försoning

Kvinnorna uttryckte ett behov av att försöka åstadkomma försoning för att kunna gå vidare med sina liv. Från kvinnornas perspektiv innebär försoning att återfå en hälsosam relation till sig själv, sitt liv, sin kropp och att hitta tillbaka till ett ”normalt” liv. Detta kan ej upprättas direkt efter en hjärtinfarkt och görs ej automatiskt. Men med stöd från andra kan kvinnorna konfrontera situationen och steg för steg finna vägen tillbaka och klara av det dagliga livet. Kvinnorna beskrev att de inte fick det stöd som är nödvändigt i en försoningsprocess. När de inte fick det sociala stöd som de behövde kände de sig övergivna vilket leder till ökat lidande, rädsla och osäkerhet. När kvinnorna hade nått försoning var de kapabla till att skapa mening i livet och känna välbefinnande. Efter det kunde de känna glädje

och våga lita på livet igen. Försoningen möjliggör det för kvinnan att lita på sig själv och ger dem mod att möta deras nya liv, som inkluderar upplevelserna av efterverkningarna av en hjärtinfarkt.

I Marcuccio, m fl (2003) ville man hos kvinnor med hjärtsjukdom fastställa deras syn på diagnos, behandling och effekterna av hjärtsjukdom i deras liv och deras metoder att hjälpa andra.

När frågan om hur deras hjärtsjukdom hade påverkat deras relationer med familj och vänner, tyckte 42 procent att det hade förändrats. Hälften ansåg att det skett en förbättring. Några kommenterade att många människor blivit stödjande och även om kvinnorna var upprörda av att de inte längre var förmögna att vara den primära som skötte hemmet, accepterade de flesta familjemedlemmar detta. De som menade att deras förhållande hade förvärrats, kunde inte fullfölja rollen som "family carer".

Fler kvinnor rapporterade mer försämringar i vänskapsrelationer än i familjrelationer. Särskilt menade de att den fysiska begränsningen eller minskade orken hindrade dem att tillbringa så mycket tid med deras vänner eller göra sådant de brukade göra tillsammans. Någon sa att gemenskapen minskat, eftersom vännerna inte förstod allvaret i deras sjukdom eller inte sympatiserade med det som patienten upplevde. En sa att hon under sjukdomen fått nya vänner som hade blivit mer betydande än de gamla vännerna. Andra menade att vännerna ökade deras oro för deras välbefinnande genom att alltför mycket begränsa och kontrollera.

Psykisk hälsa som oro eller klinisk depression, som associerades till deras sjukdom rapporterades av 57 procent av kvinnorna. Många kände sig socialt isolerade eller utan socialt stöd och de ansåg också att ingen förstod vad de hade upplevt. Även om 24 procent av deltagarna inte avslöjade sorten av deras psykiska hälsa, rapporterade 38 procent klinisk depression, 17 procent ökad oro och 21 procent sade att de upplevde båda. Hälften av kvinnorna tyckte att deras själsliga liv hade ändrats sedan de fått sin diagnos. En del ansåg att deras sjukdom gjort dem mer fundersamma och tacksamma, medan andra rapporterade förlorat förtroende på sig själv. På frågan om livet hade förändrats efter diagnosen, handlade kvinnornas svar ofta om deras framtidsutsikter.

"...put things in perspective..."
"no longer dwell on the trivial things"

Sjukdomen hade gjort dem mer medvetna om deras kroppar och ökat deras sinne av sårbarhet. Endast 14 procent av förändringarna som rapporterades var relaterade till diet och motion. De råd som majoriteten gav till andra kvinnor var:

"educate yourself and ask questions"

Dessa kvinnor kände att de inte hade blivit tillräckligt informerade om sin sjukdom. De kände sig obekväma att ställa dumma frågor tills de bättre hade förstått sina tillstånd och behandlingar. Ett annat råd var:

"find doctors who are attentive, understanding, and knowledgeable about heartdiseases in women and listen to their advice"

De förklarade att de ofta kände att om deras läkare varit mer uppmärksamma och kunniga hade deras upplevelser blivit mer positiva, deras tillfrisknande gått snabbare och några av deras psykologiska trauma hade kunnat förhindrats. 1/3 av deltagarna menade att deras läkare missat diagnosen av hjärtinfarkt.

Sammanfattning av resultat

Initialt kände kvinnorna en tacksamhet över att ha överlevt hjärtinfarkten (Jackson, m fl, 2000). I den inledande perioden fanns det stort behov att få svar på frågor angående hur hjärtinfarkten skulle påverka deras livsstil (Fleury, m fl, 2001, Tobin, 2000).

Behov av kamratskap och emotionellt stöd var också stort (Jackson, m fl, 2000).

De upplevde rädsla för reinfarkt, framtiden och vilken innebörd hjärtinfarkten skulle ha på deras roll som "family carer". Några veckor efter insjuknandet började kvinnorna känna sig starkare, både psykiskt och fysiskt, och de började bilda nätverk (aa).

Kvinnorna kände att de var beroende av andra eftersom de inte klarade av alla de åtaganden som de i normala fall hade gjort. Släktingarna förväntade sig att de skulle vara starka och oberoende av andra (Svedlund, m fl, 2001) Samtidigt ville de känna sig behövda.

Känsla av oduglighet, skam, skuld och förlust av styrka förekom i flera av studierna (Svedlund, m fl, 2000, Svedlund, m fl, 2001, Fleury, m fl, 2001).

Sökandet efter mening och nya värderingar var också återkommande och innebar att kvinnorna frågade sig varför detta drabbat dem och vad som var viktigt nu (Fleury, m fl, 2001, Jackson, m fl, 2000, Marcuccio, m fl, 2003).

När livet efterhand återgick till det "normala", och kvinnorna fick perspektiv till hjärtinfarkten, minskade rädslan för en reinfarkt (Wickholm, 2002).

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i en metoddiskussion och i en resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Litteratursökning

Vi började att söka artiklar innan kursens startade, för att se huruvida det fanns artiklar om det valda ämnet. Vi förstod ganska omgående att det fanns begränsad tillgång till vetenskaplig forskning kring ämnet. Trots detta beslutade vi oss för att vi fortfarande ville utforska området. Detta för att öka kunskapen hos blivande sjuksköterskor och kollegor, men även för vårt stora intresse av ämnet.

I sökandet efter artiklar begränsade vi oss till åren 2000-2003. Detta p g a att vi ville få så ny och aktuell kunskap som möjligt, men även för att vi ansåg att det skulle bli svårt att jämföra eller dra paralleller mellan artiklarna om de var för stor spridning på årtalen, eftersom vi tror att behandlingen av kvinnor med hjärtinfarkt har utvecklats mycket de senaste åren. En annan begränsning var att artiklarna skulle vara på svenska eller engelska. Detta p g a att våra språkkunskaper är begränsade. Väl medvetna om att vi har få artiklar med i litteraturstudien, anser vi oss kunna dra slutsatsen att resultatet vi kommit fram till är korrekt. Detta eftersom resultaten i de olika artiklarna hade många gemensamma nämnare. I granskningen av artiklarnas referenslista, kunde man se att många författare refererade till varandra. Detta kan tyda på att det bedrivs för lite forskning kring ämnet och att mer forskning behövs.

Urval

Vi valde att endast utforska kvinnors psykiska och emotionella upplevelser efter hjärtinfarkt. Detta på grund av:

- ?? Att öka kunskapen och synliggöra kvinnors upplevelse efter en hjärtinfarkt.
- ?? Att vår förkunskap säger att det finns lite forskning om enbart kvinnor.
- ?? De olika sociala roller kvinnor och män har i samhället.
- ?? Skillnader mellan kvinnor och män, vad gäller symtom.

Några andra begränsningar har ej gjorts vad gäller ålder, etnicitet, sociala förhållande etc.

Trots att vi ej begränsade oss geografiskt kommer våra artiklar uteslutande från västvärlden, fyra stycken från USA, tre från Sverige och en vardera från Canada och Norge. Detta kan förstås bero på att vi begränsade oss till engelska och svenska artiklar. Därför går det inte att generalisera resultatet till exempelvis Afrika, då de kanske inte har samma förutsättningar när det gäller behandling etc. En brist är också att i många av artiklarna var en av inklusionskriterierna att kvinnorna skulle tala flytande på det aktuella språket. Detta innebär att invandrarkvinnor med begränsade språkkunskaper exkluderas. Det hade varit intressant att se eventuella likheter och olikheter i upplevelser mellan olika kulturer. Här är behovet av forskning stort, eftersom vi lever i ett mångkulturellt samhälle, så att även dessa kvinnor ska kunna uppleva hälsa.

P g a det svåra arbetet med att hitta vetenskapliga, kvalitativa artiklar, har vi varit tvungna att ta med två stycken artiklar där deltagarna ej endast har utgjorts av

hjärtinfaktpatienter. I Marcuccio, m fl (2003) studie hade dock 86 procent av kvinnorna haft en hjärtinfarkt och i Fleury, m fl (2001) hade hälften av kvinnorna drabbats av hjärtinfarkt. Eftersom författarna själva valt att sammanföra olika sorters hjärthändelser i dessa två studier drar vi slutsatsen att de anser att man kan dra jämförelser mellan olika hjärtincidenter som drabbar kvinnor. Efter granskningen av artiklarna anser vi att författarna gjort en bra bedömning, vad gäller sammanförandet av de olika patientgrupperna. Resultaten har också visat att det inte föreligger några skillnader mellan dessa två artiklar och de andra.

Analysmetod

Vi analyserade artiklarna tillsammans och resultatet utav detta blev en tematisering. Tematiseringen visar vilka upplevelser man har, beroende på hur lång tid det har gått efter hjärtinfarkten. Detta gjorde vi dels för att det som läsare är lättare och mer överskådligt att ta sig igenom och för att möjligen kunna dra paralleller vad gäller upplevelsen efter hjärtinfarkt vid en viss tidpunkt. Vi har valt tidsindelningarna 0-5 v, 5 v-6 mån, 6 mån-12 mån, 12 mån och framåt. Tidsindelningarna valdes att göras så här för att få artiklarna jämt fördelade i de olika tidsintervallen, men även för att liknande tidsindelningar har gjorts i artiklarna. Med den kunskap vi har idag skulle vi gjort tematiseringen på ett annat sätt. Det hade varit bättre att hitta gemensamma nämnare, vad gäller olika upplevelser. Detta eftersom det tar olika lång tid för kvinnorna att gå igenom processerna. Oberoende av tiden, har en del kvinnor kommit lika långt i tillfrisknadsprocessen.

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram vi använt oss av är Carnevali (1996). Vål medvetna om att Carnevalis diagnostiska modell inte är en teori, har vi ändå valt att använda denna. Detta för att denna modell passar bra i omvårdnaden av dessa patienter, eftersom kvinnorna i det dagliga livet stöter på krav både från sig själva och från omgivningen. I brist på kunskap och information om kvinnorna i studierna, har vi inte fullt ut kunnat använda Carnevalis modell, som var vår förhoppning.

Resultatdiskussion

I diskussionen har vi valt att utgå från Carnevalis (1996) modell för dagligt liv-funktionellt hälsotillstånd. Vi utgår ifrån Carnevalis krav och resurser.

Krav

Människor i kvinnornas omgivning var vana vid att se kvinnorna som starka och oberoende av andra, så när kvinnorna inte klarade av att ta hand om allt de brukade ta hand om i hushållet så kände de sig beroende av andra. Kvinnorna var upprörda över att inte längre klarade av att sköta hushållet och när de erbjöds hjälp fick de skuld känslor, för att de inte klarade av detta arbete (Svedlund, m fl, 2001, Wickholm, m fl, 2003, Tobin, 2000).

Om man kopplar detta till Carnevali råder det ingen balans mellan krav och resurser, eftersom kraven från kvinnorna själv och från omgivningen är för höga samtidigt som resurserna är bristfälliga. Om omgivningens förväntningar på individen instämmer med dennes önsksningar och hälsotillstånd kan det dagliga livet underlättas (Carnevali, 1996).

Vi tror att många kvinnor drar sig för att be om hjälp med hushållsarbetet, som hon alltid har klarat av på egen hand. Det är viktigt att få kvinnorna att inse hur viktigt det är att de ber om hjälp och att detta inte är ett svaghetstecken.

Många höll inne de känslor de hade för sjukdomen. De ville inte oroa eller störa familj, vänner eller personal, och/eller upplevas som gnälliga (Svedlund, m fl, 2000, Tobin, 2000).

Enligt Carnevali (1996) är det viktigt som sjuksköterska att vara uppmärksam på upplevelser som påverkas av hälsotillståndet. Sjuksköterskan ska uppmuntra patienten och anhöriga så att de känner tillit till sjuksköterskornas kompetens i omvårdnadsområdet.

Vi tror att det är viktigt att kvinnorna får vara lite gnälliga och verkligen får tala ut om sina känslor och upplevelser, så att de inte går och ältar detta för sig själva, utan går vidare i sitt tillfrisknande. Vidare anser vi det viktigt att anhöriga erhåller information vid upprepade tillfällen, angående de normala reaktioner och känslor som infinner sig efter en hjärtinfarkt.

Resurser

Carnevali (1996) delar in individens resurser i yttre respektive inre resurser.

Yttre resurser. Kvinnorna tyckte att de begränsningar som uppkommit på grund av hjärtinfarkten, störde deras familjeliv och sociala åtaganden. Vänskapsrelationerna försämrades och den fysiska begränsningen ledde till att de inte kunde spendera så mycket tid med vänner. Vissa menade att vännerna inte insåg hur allvarlig deras sjukdom var. Några menade att vännerna ökade oron genom att begränsa och kontrollera. Samtidigt som relationerna till tidigare vänner försämrades, stiftade kvinnorna nya relationer med likasinnade (Marcuccio, m fl, 2003, Tobin, 2000, Fleury, 2001).

Carnevali hade menat att detta är brist på yttre resurser, då de inte får det stöd de behöver från sina vänner.

Vi tror att en förutsättning för att patienten ska uppleva hälsa är att det finns människor runt individen som bryr sig om denne och som stöttar i med och motgång.

Kvinnorna litade på att deras doktor skulle ge dem information angående hantering av symtom etc, men kvinnornas behov av kamratskap, emotionellt stöd, hjälp med hushållsarbetet m m tillgodosågs i de flesta fall av partnern och andra familjemedlemmar, men även av grannar och religiösa grupper. Ca en månad efter utskrivning, började kvinnorna utveckla egna nätverk. I dessa ingick partnern, familj, vänner, egna doktorn, organisationer och religiösa grupper (Jackson m fl, 2000).

Johansson m fl (2003) skriver att kvinnorna upplevde att de inte fick det stöd som är nödvändigt, i en försoningsprocess. Detta ledde till att de kände sig övergivna vilket i sin tur ledde till ökat lidande, rädsla och osäkerhet. Kvinnorna som inte upplevde stöd från sjukvården ansåg sig ha blivit informerade på fel sätt. De ansåg att informationen inte var individuellt anpassad (Johansson, m fl, 2003).

I Marcuccio, m fl (2003) studie kommenterade några kvinnor att många människor runt dem blivit stödjande och att familjemedlemmarna accepterade deras begränsningar i det dagliga livet. Samtidigt ansåg vissa att de ej hade det fulla stödet från människor i omgivningen och detta ledde till ökade försämringar hos

kvinnorna. Några menade att de tidigare vännerna alltför mycket begränsade och kontrollerade, vilket ökade deras oro. Ytterligare några menade att de nya vännerna blivit mer betydande.

I Wickholm, m fl (2003) visade det sig att förmågan att behandla kvinnorna tillmötesgående, ökat under fyraårsperioden, då studien pågick. Denna studie visar också att kvinnorna i början av sin sjukdom fick hjälp och stöd från familj och vänner men att detta avtog över perioden.

Fleury, m fl, (2001) kom i sin studie fram till att kvinnorna sökte samhörighet med andra som upplevt samma sak för att få känslomässigt stöd efter sjukdomen, eftersom de existerande relationerna inte klarade av detta.

I Løvlien, (2001) beskrivs det hur kvinnor upprepade gånger fick uppsöka vård innan de blev tagna på allvar och en del fick "förhandla" med doktorn för att få vård.

Carnevali (1996) menar att människor är den allra viktigaste yttre resursen. Hon menar att för att dessa människor ska räknas som en yttre resurs krävs det att de är tillgängliga både vid med- och motgång.

I vissa artiklar kan man inte alltid utläsa vilka relationer, och hur familjeförhållanden såg ut. Därför upplever vi det som svårt att generalisera då dessa relationer/förhållande kan se olika ut. Vi anser att även om man har familj och vänner till hands vid sjukdom behöver inte detta betyda att detta känns tillräckligt vad gäller stöd och förståelse. Efter att ha studerat artiklarna kan man se att kvinnorna har ett stort behov av att få prata med likasinnade. Som närstående kan det vara svårt att sätta sig in i kvinnans situation och att inte fullt ut förstå henne kan leda till att det blir svårt både för kvinnorna och de närstående. Därför tror vi det är viktigt att vid upprepade tillfällen informera både närstående och patient om vad som händer i kroppen både fysiskt, psykiskt och emotionellt, vid en hjärtinfarkt. Samtalsgrupper där kvinnor träffas och sinsemellan utbyter upplevelser, känslor, svårigheter, glädjeämnen etc, tror vi är en nödvändighet för att dessa kvinnor ska uppnå hälsa i det dagliga livet.

Inre resurser. I många studier framkommer brist på styrka. Det rör sig om rädsla inför att dö, rädsla för reinfarkt och rädsla för hur framtiden kommer att se ut. Skyldighet och skam för att vara svaga och förlust av styrka i det dagliga livet. Övergivenhet, oduglighet och osäkerhet att hantera sin sjukdom framkommer också. Det rapporterades om förlorat förtroende av sig själv och att vara till besvär för andra (Svedlund, 2000, Fleury, m fl, 2001, Marcuccio, 2003, Jackson, m fl, 2000, Svedlund, m fl, 2001, Johansson, m fl, 2003). De uttryckte att de inte ville visa andra att de inte längre var lika starka och kapabla till att utföra de aktiviteter som de brukade göra (Svedlund, m fl, 2001).

Styrka och uthållighet är en av de inre resurser som kvinnorna och /eller deras närstående har tillgång till för att klara av de utmaningar och krav som de ställs inför i det dagliga livet (Carnevali, 1996).

Majoriteten av kvinnorna, i studierna, hade brist på styrka. Att få hjälp och stöd att bearbeta de känslor man upplever anser vi leder till en ökad styrka hos kvinnorna. Utan styrka tror vi att det är en omöjlighet för kvinnorna att uppleva hälsa. Det är viktigt att få dem att förstå att bristen på styrka är en normal känsla. Återigen anser vi det viktigt att kvinnorna får tillgång till samtal/samtalsgrupp i sin rehabilitering.

I en del studier framkom det att kvinnorna efter en tid återfick styrkan till en viss del. Detta visade sig genom att de var mindre rädda, kände sig starkare både fysiskt och psykiskt. De fick även mer självförtroende och kände hopp inför framtiden (Johansson, m fl, 2003, Jackson, m fl, 2000). Kvinnorna upplevde att de var fysiskt starkare och att de inte blev trötta så fort. De kände att de hade större uthållighet och uthärdande (Jackson, m fl, 2000).

Sinnesstämning som ilska, oro, depression, pessimism och ledsamhet förekom i flertalet studier (Svedlund, m fl, 2000, Johansson, m fl, 2003, Svedlund, m fl, 2001, Jackson, m fl, 2000, Fleury, m fl, 2001, Tobin, 2000, Wickholm, m fl, 2003).

Carnevali (1996) menar att det är viktigt för sjuksköterskan att känna till patientens normala tillstånd. Detta för att upptäcka eventuella förändringar som ex hjärtinfarkt kan medföra. Hon anser att normal oro leder till ett snabbare tillfrisknande än överdriven oro eller total avsaknad av oro.

Som sjuksköterska är det viktigt att samla in så mycket data som möjligt om patienten och dess familj. Vi håller med Carnevali i hennes resonemang angående orons påverkan vid tillfrisknandet. Vi anser att överdriven oro leder till sänkt livskvalitet, liksom att inte uppleva någon oro alls.

Brister i kunskap och kännedom i sin sjukdom förvärrade symtom som utmattnings och oro (Jackson, m fl, 2000). Deras förkunskap om hjärtinfarkt vad gäller symtom, stämde inte överens med den symtombild som kvinnorna själv upplevde vid insjuknandet. De uppfattade detta som förvirrande och det ledde till att de ignorerade allvaret i situationen (Svedlund, m fl, 2001).

I Marcuccio m fl, (2003) ansåg majoriteten av kvinnorna att de ej hade erhållit den information om sin sjukdom som de behövde. En del menade att de ej förstätt eller kommit ihåg vad som sagts till dem (Jackson, m fl, 2000).

Vissa sökte själv information om sin sjukdom för att förstå och för att kunna se möjligheter i framtiden. Detta hjälpte kvinnor att förstå och återfå balans och perspektiv i det dagliga livet (Jackson, m fl, 2000, Fleury, m fl, 2001).

De började omvärdera, och släppa på tidigare förväntningar om hur man ska vara och hur man skall leva. Detta ledde till att förmågan att utföra tidigare uppgifter inte längre innebar begränsningar i det dagliga livet (Fleury, m fl, 2001, Tobin, 2000, Svedlund, m fl, 2001).

Som sjuksköterska måste man försöka få patienten att tillämpa kunskapen i det dagliga livet. Man måste känna till hur mycket kvinnorna själv kan och vet om sjukdomen, hälsobeteende och behandling, samt hur de ska utnyttja sina resurser (Carnevali, 1996).

Vad gäller kunskapen om symtomen, visar detta att det fortfarande råder brist på kunskap hos allmänheten. Det är av stor vikt att allmänheten informeras om att "kvinnliga" symtom vid hjärtinfarkt skiljer sig från de klassiska "manliga" symtomen. Återkommande uppföljning, vad gäller information, är viktigt i efterförloppet, både under sjukhusvistelsen och efter utskrivningen.

SLUTORD

Syftet med litteraturstudien var att undersöka och synliggöra olika aspekter på hur kvinnor efter en hjärtinfarkt upplever sin psykiska och emotionella hälsa. Detta tycker vi oss ha fått svar på. Under litteraturstudiens gång kunde vi dra slutsatsen av att kvinnor mår både psykiskt och emotionellt dåligt efter hjärtinfarkten.

Vi konstaterade att det bedrivs alldeles för lite forskning angående kvinnors upplevelser efter hjärtinfarkt och att detta område behöver belysas ytterligare för att tillgodose de behov som kvinnorna efter hjärtinfarkten faktiskt besitter. Det hade varit intressant att i en empirisk studie ta reda på varför vissa kvinnor kan gå vidare i tillfrisknadsprocessen, medan andra stannar upp i denna process.

Eftersom vi i stor utsträckning och i många olika sammanhang kommer att träffa dessa patienter i vårt arbete som färdiga sjuksköterskor, tror vi att kunskapen i vår litteraturstudie är viktig och av stor betydelse i framtiden för dessa kvinnor. Som sjuksköterska och vårdpersonal är det viktigt att förstå processen som kvinnorna går igenom efter hjärtinfarkten och det är extra viktigt att få kvinnorna att inse att ta hand om sig själv och släppa alla krav och ta kontroll över sitt liv.

REFERENSER

- Billing, E (2000) *Psykosociala perspektiv på kranskärlssjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Björkelund, C, Bengtsson, C, Schenck-Gustafsson, K och Swhan, E (2001) Hantering av hjärt-kärlsjukdom präglas av manligt perspektiv. *Läkartidningen*, 2001, 3314-3318.
- Brännmark, S och Lidman, E (2002) Kvinnors upplevelse av att leva med hjärtsjukdom. (Examensarbete) Luleå: Luleå Tekniska Universitet, institution för hälsovetenskap.
- Carnevali, D (1996) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB.
- Ericson, E, Ericson, T (2002) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fleury, J, Constantine, S & Lunsford, V (2001) Women's experience following a cardiac event: The role of the self in healing. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2001, 71-82.
- Freyschuss, U, Rössner, S (1977) *Hjärtinfarkt*. Stockholm: Gotab.
- Hammarström, A Hovellius, B (1994) Kvinnors hälsa och ohälsa ur ett könsteoretiskt perspektiv. *Nordisk Medicin*, 1994, 288-291.
- Hjärt-Lungfonden (2001) Kvinnor och hjärtsjukdom. *Kvartalskrift 96*.
- Jackson, D, Daly, J, Davidson, P, Elliott, 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, 1403-1444.
- Johansson, A, Dahlberg, K, Ekebergh, M (2003) Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003, 229-236.
- Kullberg, M (2001) Patientupplevd vårdkvalitet för kvinnor med hjärtinfarkt. (Uppsats) Göteborg: Nordiskahälsövårdshögskolan, institution för folkhälsovetenskap.
- Løvlien, M (2001) Blir kvinnors hjerter tatt på alvor. *Vård i Norden*, 2000, 15-19.
- Marcuccio, E, Loving, N, Bennet, S, & Hayes, S (2002) A survey of attitudes and experiences of women with heart disease. *Womens Health Issues*, 2003 23-31.
- Perski, Alexander (1999) *Det stressade hjärtat*. Att förstå stress och hur vi hanterar livskriser. Tryck: Fälth&Hässler.
- Polit, D F, Beck, C T & Hungler, B P (2001) *Essentials of Nursing Research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

- Schenck-Gustafsson, K (2001) Kvinnors hjärtinfarkt tas på mindre allvar än mäns. *Läkartidningen*, 2001, 3114-3115.
- Schenck-Gustafsson, K (2003) *Kvinnohjärtan – hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (1992) *Hjärt-kärlsjukdom. En epidemiologisk översikt av omfattning, orsaker och förebyggande arbete*. Stockholm: Modin-tryck.
- Socialstyrelsen (2001) *Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård 2001*. Linköpings Tryckeri AB.
- Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård
><http://www.sos.se/fulltext/9800-062/9800-062.htm><2003-11-14
- Socialstyrelsen, Hjärtinfarkter 1987-2000. ><http://www.sos.se/fulltext/42/2003-42-4/sammanfattning.htm><2003-11-23
- 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*, 2000, 256-265.
- Svedlund, M, Danielson, E, Norberg, A (2001) Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 197-205.
- Tamm, M (2002) *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Tobin, B (2000) Getting back to normal. Women's recovery after a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2000, 11-19.
- Wallskär, M (1997) Kvinnliga och manliga hjärtan. *Apoteket*, 1997, 10-11.
- Wickholm, M, Fridlund, B (2003) Women's health after a first myocardial infarction: a comprehensive perspective on recovery over a 4-year period. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003, 19-25.
- Wilow, K (2000) *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.

Bilagor

Bilaga 1: Mall för artikelgranskning

Bilaga 2: Carnevalis krav och inre respektive yttre resurser

BILAGA 1

Mall för artikelgranskning

Mallen är hämtad från Polit, Beck & Hunglers (2001) kriterier för vetenskapliga artiklar.

Titel:

Ska vara kortfattad och uttrycka vad studien handlar om. Den får max innehålla 15 ord. I kvalitativa studier är ofta det centrala fenomenet och undersökningsgruppen med.

Abstract:

Är en kort beskrivning (100-200 ord) av studien, som placeras först i artikeln. Abstractet ska besvara frågorna:

?? Vad var forskningsfrågorna?

?? Vilka metoder har använts?

?? Vad upptäcktes?

?? Vilka konsekvenser för det praktiska omvårdnadsarbetet får studien?

Läsaren skall genom att enbart läsa abstractet kunna avgöra om artikeln är intressant eller inte.

Introduktion:

Här sätts läsare in i forskningsområdet och i vilket sammanhang undersökningen är gjord.

Introduktion ska komma efter abstractet, men det är ej tvunget att ha en egen rubrik.

Introduktionen innehåller oftast:

?? Det centrala fenomenet

?? Syftet, forskningsfrågan, och/eller hypoteser.

?? Genomgång av relevant litteratur

?? Den teoretiska ramen.

?? Betydelsen och behovet.

Metod:

Här talar man om vilken metod som har använts för att svara på forskningsfrågorna. I kvalitativa studier förklarar man varför man har använt en kvalitativ design. Man ska även redovisa de etiska aspekterna.

Resultat:

Innehåller information och beskrivning av studiens deltagare. Man redovisar oftast resultatet i teman eller processer utifrån det insamlade materialet. Man kan även använda sig av citat för att belysa deltagarnas svar.

Diskussion:

Här dras slutsatser om resultatet, innebörd, varför resultatet blev som det blev och hur man kan använda sig av resultatet i praktiken. Diskussionen ska innehålla:

?? En tolkning av resultatet till praktisk och/eller teoretisk tillämpning.

?? Hur resultatet kan användas för att förbättra omvårdnaden och vilken forskning som behövs för att området skall utvecklas ytterligare.

?? Begränsningar- dessa talar om för läsaren att forskaren har tagit hänsyn till dessa vid tolkningen av resultatet.

BILAGA 2

Carnevalis krav och inre respektive yttre resurser

Krav

Aktiviteter/upplevelser:

Aktiviteterna kan vara vanliga eller ovanliga. Aktiviteterna kan vara vanliga innan ett hälsoproblem uppstår, men blir sedan ovanliga.

Händelser/upplevelser:

Detta är främst händelser som påverkar eller påverkas av hälsotillstånden. De kan vara personliga eller hälsorelaterade ex, en ny diagnos.

Förväntningar/förpliktelser:

Dessa kan komma både från individen själv men också från personer i dennes omgivning.

Omgivning:

Där personen lever sitt dagliga liv, ex i bostaden eller vårdavdelning på sjukhus.

Värderingar/övertygelser/seder och bruk:

Dessa krav är förknippade med individens hälsorelaterade beteende, upplevelser och reaktioner.

Resurser

Inre resurser

Styrka: Styrkan är den fysiska, psykiska och känslomässiga förmågan individen har för att klara av en viss uppgift vid en speciell tidpunkt.

Uthållighet: Detta handlar om hur länge individen har styrka att fortsätta det fysiska, psykiska och känslomässiga arbetet.

Sinnesförmågor: Innebär hur individen tar in och tolkar informationen som förmedlas utifrån via sinnesorgan.

Sinnesstämning: Berör individens normala och aktuella tillstånd. Vissa är optimistiska och vissa är pessimistiska.

Kunskap: Individens kunskap i frågor som berör hälsa, sjukdom och behandling.

Motivation: Oavsett kunskap, är individens önskan att delta i hälsorelaterade aktiviteter.

Mod: Förmågan att ta risker i det hälsorelaterade dagliga livet.

Färdigheter: Förmåga att utföra vissa aktiviteter. Från total inkompetens till suverän skicklighet.

Kommunikation: Att kunna göra sig förstådd och att förstå andra på ett så effektivt och bekvämt sätt som möjligt.

Yttre resurser

Bostad: Den miljö där individen lever i sitt dagliga liv.

Grannskap: Individens närområde, ex, butiker, apotek och närhet till grannar.

Kommunikationsmöjligheter: Utrustning som ex. telefoner, datorer, postservice etc, som gör det möjligt för individen att kontakta vården.

Människor: Människor som på något sätt finns tillgängliga vid både med- och motgång.

Material: Hjälpmedel som ex läkemedel, sprutor, peruker m m som hjälper individen att klara det dagliga livet.

Tekniska hjälpmedel: Kan ex vara rullstol, kryckor, sjukhussäng etc.

Teknologi: Innebär kunskap, metoder och procedurer för att hjälpa behandla eller underlätta vården för patienten.

Transport: Kan vara speciella transportmöjligheter.

Pengar: En normal eller hög inkomst leder till en tillfredsställande närvaro.

Husdjur: Bidrar ofta till gemenskap och acceptans för ensamma människor.