



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete

D-uppsats, avancerad nivå
15hp vt 2012

Att hantera den förändrade vardagen ó hälsan som ett ensamprojekt

ó Studie av kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt

Ulrika Berglin

Institutionen för
kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC,
Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: Att hantera den förändrade vardagen ó hälsan som ett ensamprojekt: Studie av kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt.

Författare: Ulrika Berglin

Handledare: Christina Fjellström. Institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet

Sammanfattning

Bakgrund: Kunskapen om kvinnors erfarenheter av hur det är att efter en hjärtinfarkt försöka leva efter de kostrekommendationer som ges, är idag relativt okänd. Studier har fokuserat på mannen som patient och kvinnan som partner vid hjärtinfarkt. Det finns behov av fler kvalitativa studier av kvinnors upplevda och faktiska stöd efter en hjärtinfarkt. **Syfte:** Att undersöka kvinnors upplevelser och erfarenheter av hur det är att förändra sina matvanor efter en hjärtinfarkt. **Metod:** Som metod användes kvalitativa djupintervjuer. De tolkades utifrån ett hermeneutiskt perspektiv. **Material:** Sju kvinnor under 65 år intervjuades. Kvinnorna var från Stockholmsområdet. **Resultat:** Kvinnorna stod oftast ensamma i sina försök att ändra på matvanorna efter hjärtinfarkten. **Diskussion:** De sociala kontexter som kvinnan rörde sig inom kunde fungera både stödjande och hindrande för kvinnans resocialisation. I hemmet var det svårt att ändra matvanor då familjen inte helt accepterade denna nya kost. Utanför hemmet mötte hon reaktioner från omgivningen. De ställde krav på kvinnan om de inte upplevde att hon levde efter de råd man trodde var bra för henne. Även de råd kvinnan fick från sjukvården blev ett slags krav. **Konklusion:** När kvinnan blir sjuk blir begreppet familj därför lite vagt, eftersom hon plötsligt står utanför familjen - hennes sjukdom blir inte en familjeangelägenhet, den blir ett ensamprojekt.

Nyckelord: kvinnor, hjärt-/kärlsjukdom, nutrition, mat, socialt nätverk.

UPPSALA UNIVERSITY
Department of Food, Nutrition and Dietetics

Master Thesis 15/30 ECTS credit points, 2012

Title: Handling the new everyday life ó health as a single project: A study of women who suffered a myocardial infarction

Author: Ulrika Berglin

Supervisor: Christina Fjellström, Department of Food, Nutrition and Dietetics,
Uppsala University

Summary

Background: Knowledge about womens experiences that after a myocardial infarction try to comply with dietary recommendation is relatively unknown today. Scientific studies have concentrated on men as a patient and the woman as a partner when it comes to myocardial infarction. There is a need for qualitative studies to investigate womens perceived and actual support after a myocardial infarction. **Objective:** To explore womens experiences of changing eating habits after a myocardial infarction **Methods:** Deep qualitative interveiws were conducted. They were analysed by hermeneutics perspectiv. **Subjects/Settings:** Seven women below 65 years old were interviewed. They were from the Stockholm area. **Results:** Women were often left alone in their efforts to change eating habits after a myocardial infarction. **Discussion:** The social contexts that the women move within could be both supportive and non-supportive for womens resocialization. At home it was difficult to change eating habits when the family did not quite accept the new diet. Outside home she met reaktionen from people in her social network. They demanded the woman if she felt that she did not lived after the dietary advice they thought she would be adhering to. **Conclusions:** When the woman falls ill the concept of the family gets a little vague because suddenly she is standing outside the family- her illness will not be a family affair. It becomes a single project.

Keyword: women, myocardial infarction, coronary disease, nutrition, food, social networks.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SYFTE	1
BAKGRUND	1
HJÄRTINFARKT – RISK OCH FRISKFÄKTORER.....	1
KVINNOHJÄRTAT.....	2
VIKTEN AV STÖD VID FÖRÄNDRING	2
MÅLTIDEN	3
<i>Familjemåltiden – kvinnans ansvar?</i>	3
<i>Att ge familjen omsorg</i>	3
<i>Familjemåltiden vid förändring</i>	4
RESOCIALISATION - ATT FÖRÄNDRAS MATVANOR	5
MAT OCH RISK	5
METOD OCH MATERIAL	6
URVAL OCH REKRYTERING	6
KVALITATIVA DJUPINTERVJUER.....	7
DATAINSAMLING LITTERATUR	7
DATAANALYS	7
RESULTAT	8
HANTERINGEN AV VARDAGENS MÅLTIDER	8
OMGIVNINGENS KRAV	10
FRISTADEN.....	12
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16
RESOCIALISATION- EN UTMANING FÖR KVINNAN OCH HENNES OMGIVNING	16
ANSVAR FÖR RESOCIALISATION I HEMMET	17
<i>Familjemåltiden i förändring - kvinnans ansvar</i>	17
<i>Omsorg och förändring i konflikt</i>	17
<i>Kvinnans egna krav</i>	18
<i>Måltid i ensamhet</i>	18
<i>Att ta sin plats i familjen</i>	19
ATT HANTERA KRAV FRÅN OMGIVNINGEN.....	19
<i>Kvinnans resocialisation väcker starka känslor</i>	19
<i>Att förhålla sig till mat och risk</i>	20
MÖJLIGHETER I VARDAGEN TILL EN LYCKAD RESOCIALISATION	20
<i>Att få omsorg</i>	20
<i>Arbetsplatsen - en möjlighet att ta hand om sig</i>	21
<i>Kvinnor stödjer kvinnor</i>	21
SLUTSATS	21

REFERENSER

BILAGOR

Inledning

Under en föreläsning i kostsociologi hörde jag talas om Birgitta S Erikssons (1994) avhandling *Ett år med diabetes*, där hon studerat faktorer som hade stöttat eller hindrat ett framgångsrikt behandlingsresultat. I studien deltog både kvinnor och män med icke insulinberoende diabetes mellitus (NIDDM). Det visade sig att män som angav ett högt socialt stöd hade bättre behandlingsresultat än män med ett lågt socialt stöd. För kvinnorna var det dock ingen förbättring i behandlingsresultat beroende på om de angett högt eller lågt socialt stöd. Detta tolkade S Eriksson som att kvinnorna upplevde att de fick ett emotionellt stöd men kanske saknade ett mer handlingsinriktat stöd från sin närmaste omgivning. Det fick mig att fundera över hur det såg ut för kvinnor med andra sjukdomar som innebär att de måste ändra på sitt sätt att äta. Jag valde att fokusera på hur det såg ut för kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt, och därför behöver följa kostråd för att minska riskerna för ett återinsjuknande.

Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka kvinnors upplevelser och erfarenheter av hur det är att förändra sina matvanor efter en hjärtinfarkt.

Frågeställningar:

- Vem ansvarar för kosthållet inom familjen?
- Vilka strategier har kvinnorna för att genomföra de livsstilsförändringar de har blivit rekommenderade?
- Vad har varit stödjande eller hindrande för kvinnornas livsstilsförändring?
- Hur reagerar familj, vänner och kollegor på de förändringar kvinnorna gör?
- Hur förhåller sig kvinnorna till mat efter en hjärtinfarkt?

Bakgrund

I denna uppsats kommer begreppet familj att definieras som den/de personer som delar hushåll, exempelvis make/sambo och hemmavarande barn.

Hjärtinfarkt Ä risk och friskfaktorer

Akut hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige idag, hos såväl män som kvinnor (Socialstyrelsen, 2011). Orsakerna till hjärtinfarkt är idag väl kända och kan förklaras av våra levnadsvanor som t.ex. rökning, matvanor, fysisk inaktivitet, alkoholvanor och psykosocial belastning som t.ex. stress (Socialstyrelsen, 2008). Det finns dock mycket man kan göra för att undvika en hjärtinfarkt och studier har visat att två tredjedelar av alla hjärtinfarkter bedöms kunna förebyggas genom hälsosammare levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2008). Vad gäller kosten kan man förebygga och förhindra ett återinsjuknande i hjärt-kärlsjukdom om kostens fetthalt begränsas till 30 procent av energiintaget och andelen mättat fett till 10 procent (Abrahamsson et al. 1999). Vidare betonas vikten av att äta önyttiga livsmedel som frukt, grönsaker, fullkornsprodukter, magra mjölk- och köttprodukter, fet fisk samt omega -3-fettsyror (Abrahamsson et al. 1999).

Kvinnohjärtat

Ett flertal studier har fokuserat på mannen som patient och kvinnan som partner vid akut hjärtinfarkt, (Marsden & Dracup, 1991; Thompson, 1990; Thompson et al, 1995). Däremot finns det inte många studier som tittat på kvinnan som patient och mannen som partner (Svedlund & Axelsson 2000) och det finns behov av kvalitativa studier av kvinnors upplevda och faktiska stöd efter en hjärtinfarkt (Weislander et al. 2005). En ytterligare anledning till behovet av en mer genusinriktad forskning är att ett flertal studier som gjorts de senaste åren har visat att det finns både fysiska och psykosociala skillnader mellan kvinnor och män som drabbats av hjärt- och kärlsjukdom (Kristofferzon et al. 2003; Schenk-Gustafsson, 2003; Vaccarino et al. 2003). Det har bland annat visat sig att dödligheten i hjärt-kärlsjukdom totalt sett minskar i Sverige men att mortaliteten för kvinnor inte minskar i samma takt som för männen (Schenk-Gustafsson, 2003; Socialstyrelsen 2010). Ett flertal studier har också visat att kvinnor i högre grad än män rapporterat att den psykosociala påverkan var hög före hjärtinfarkten och att kvinnorna ser detta som en bidragande orsak till insjuknandet (DiGiacomo et al. 2011; Fridlund & Billing 2002; Ort-Gomér et al. 2005; Wamala et al. 2000). Den psykosociala påverkan beskrivs av kvinnorna som stress relaterad till bekymmer inom familjen i kombination med hög arbetsbelastning. Studier har också visat att kvinnor skattar sin fysiska hälsa signifikant lägre än män efter en hjärtinfarkt (Brink et al. 2002; Bogg et al. 2000) och att kvinnor känner mer oro och ångest och rapporterar mer depressiva symtom än män (Conn et al. 1991).

Vikten av stöd vid förändring

För hjärt-kärlpatienter är tillgången till ett socialt nätverk och ett socialt stöd en skyddande faktor gällande både primär och sekundär prevention (Kristofferzon et al. 2003; Orth-Gomér et al. 1998). Tittar man specifikt på förändring av matvanor i relation till stöd visar det sig att ju bättre socialt stöd man får när man genomför en medicinsk diet, desto lättare kan man följa den nya dieten och genom detta förbättra sin hälsa (Bovbjerg et al. 1995; Ell, 1996; Falk et al. 2000). Det sociala stödet kan omfatta både partner, barn, vänner, arbetskamrater och sjukvårdspersonal. Det sociala stödet ökar även nyttan av rehabilitering efter en hjärtinfarkt (Keeling et al. 1996) och minskar på så sätt ett återinsjuknande (Frasure-Smith et al. 2000; Welin et al. 2000). Flertalet studier har dock visat att kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt har haft mindre tillgång till socialt stöd än män efter infarkten (Kristofferzon et al 2003; Mendes de Leon et al 2001; Orth-Gomér et al 1998).

Om man tittar speciellt på stöd vid förändring av matvanor i förhållande till hjärt-kärlsjukdomar så visar det sig att kvinnor har fått mindre stöd av sin familj, vänner och andra i sin omgivning i jämförelse med män (Aish, 1996). Samtidigt så har studier visat att kvinnor inte vill visa sig ledsna eller oroa sin familj med t.ex. symtom som rör sjukdomen (Kristofferzon et al 2003). Resultatet blir då att hon står ensam med sin oro och sina funderingar. Därför kan det vara svårt för henne att mobilisera stöd från familjen när de är omedvetna om hennes oro, resonerar Kristofferzon et al. Emellertid så har rehabiliteringsgrupper visat sig vara forum där kvinnor kan få stöd efter en hjärtinfarkt och på så vis känna sig mindre ensamma (Wieslander et al 2005). Det har visat sig att kvinnor som deltagit i hjärtrehabiliteringsprogram (HL) inte har behövt professionellt stöd lika lång tid efter infarkten jämfört med de som inte deltagit i rehabiliteringsgrupper (Svedlund et al 2000; Wieslander et al 2005). Kvinnorna som deltagit i dessa grupper rapporterar att de fått mer information om sjukdomen samt ett högre stöd av sin

familj efter att de drabbats av hjärtinfarkt i jämförelse med de som inte deltagit i HL (Hildingh & Fridlund 2003). De rapporterar också att de motionerar mer regelbundet, röker mindre och att de har ett tätare nätverk och ett högre socialt stöd utanför familjen (Hildingh & Fridlund 2003). Deltagande i hjärtrehabiliteringsprogram antas därför vara betydelsefullt för kvinnor för att ge ökad självständighet, stöd och möjlighet att hantera livet efter en hjärtinfarkt (Wieslander et al 2005).

Måltiden

Eftersom matvanor är en av orsakerna till uppkomsten av hjärt-kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2011), kan kvinnan behöva ändra på sitt sätt att äta för att undvika ett återinsjuknande. När det gäller att förändra tidigare beteenden som t.ex. matvanor bör man titta på den sociala kontext som en människa lever i eftersom den spelar en betydelsefull roll för en individs möjlighet att förändra sitt beteende (Bandura, 1978; Rogers, 1983). Därför kan det vara av intresse att titta närmare på måltiden då det är vid måltiden som de nya kostråden ska införlivas. Hur ser familjemåltidens sociala kontext ut? Vem är det som lagar maten? Vem bestämmer vad som ska serveras? Är det viktigt att familjen äter tillsammans? Vad händer med måltiden när någon i familjen behöver ändra på sitt sätt att äta? Vem tar i så fall hand om förändringsarbetet? Dessa frågeställningar är av betydelse för att vi ska förstå måltidens kontext och därmed individens möjlighet till att förändra sina matvanor (Bandura, 1978; Rogers, 1983). Vi börjar med att titta på måltidens betydelse utifrån ett allmängiltigt perspektiv och sedan utifrån hur det kan se ut när någon i familjen behöver ändra sin kost på grund av hälsoskäl.

Familjemåltiden . kvinnans ansvar?

Vem är det då som har huvudansvaret för arbetet med måltiden i familjen? Utifrån ett historiskt perspektiv har ansvaret i huvudsak tillfallit kvinnan och det är hon som har haft huvudansvaret för inköp, förberedelser och tillagning av maten i hemmet (Dixey, 1998; Warde, 1997). Därför kan man säga att måltiden är nära besläktad med den feminina identiteten (Warde, 1997) och att den ursprungliga rollen som ansvarig för god hemlagad mat till familjen har varit en naturlig roll för fruar och mödrar genom tiderna (Charles & Kerr, 1988; Murcott, 1983). Hur ser det då ut idag, har någon förändring skett i ansvarsfördelningen? I en studie av Ekström (1990) visade det sig att i mer än 90 procent av de undersökta hushållen var det kvinnan som tog huvudansvaret för arbetet med maten. Senare statistik från SCB 2010/2011 visar också den att det är kvinnan som bär huvudansvaret för familjens måltider. Det visar sig att kvinnan lägger ner nästan dubbelt så mycket arbete på matlagning jämfört med mannen (Tid för vardagsliv, 2010/2011). Någon större förändring tycks inte ha skett och kvinnan är den som fortsätter att ha huvudansvaret för familjemåltid.

Att ge familjen omsorg

Kvinnan tar inte bara huvudansvaret för planering och tillagning av familjens måltider. Hon ansvarar också för att uppfylla familjemedlemmarnas olika önskemål. För kvinnan är det viktigt att ta hänsyn till dessa önskemål om vad som t.ex. ska tillagas och vid vilken tidpunkt man ska inta denna måltid (De Vault, 1991; Ekström, 1990; Sidenvall et al 2000). Om det uppstår önskemål som motsäger varandra så har studier visat att kvinnan i första hand tar hänsyn till makens och barnens preferenser framför sina egna och ibland väljer hon att laga två rätter för att tillgodose både sina egna, barnens och makens preferenser (Charles & Kerr, 1988; De Vault, 1991; Murcotte, 1983; Sidenvall et al. 2000). Varför kvinnan väljer att bortse från egna

preferenser eller att hitta strategier för att tillfredsställa alla olika behov kan tolkas utifrån perspektivet att måltiden är ett viktigt tillfälle för kvinnan att visa omsorg om sin familj (De Vault, 1991; Ekström, 1990; Murcotte, 1983; Sidenvall et al 2000). Sidenvall et al (2000) beskriver denna företeelse att förbereda, laga och servera en måltid är som att ge mottagaren av måltiden en gåva. Det verkar dock inte lika vanligt att kvinnan ger sig själv samma omsorg som den hon ger sin familj. Om hon lagar mat enbart till sig själv blir det oftast något enklare som t.ex. sallad, eller så väljer hon bort den lagade måltiden helt och tar en smörgås och kaffe i stället (Jansson, 1992; Rosenbloom & Whittington, 1993; Sidenvall et al 2000).

Att en måltid som äts i ensamhet inte har samma status som den gemensamma måltiden och inte ägnas samma arbetsinsats beror troligtvis på att måltiden har en stor social betydelse (DeVault, 1991; Fieldhouse, 1995; Holm, 2003; Jansson, 1992; Murcott, 1982; Sidenvall et al 2000). Trots att man idag ser en ökning av ensamätande eller s.k. grazing (individuellt ätande, t.ex. att man äter på väg till jobbet, på bussen etc.) så anser de flesta, unga som äldre, att det är viktigt att äta tillsammans med sin familj när så är möjligt (Kemmer et al 1998; Sobal & Nelson 2003). Varför den gemensamma familjemåltiden är så viktig kan kanske delvis förklaras av, som Holm (2003) uttrycker det, öatt måltidsarbetet handlar inte bara om att bespisa familjen utan om mänskliga relationer som siktar mot att öskapa familjenö. DeVault (1991) beskriver måltiden som ett "medium varigenom familjen dagligen reproducerasö. Familjen är inte, enligt De Vault (1991) en naturligt förekommande samling individer utan ödess verklighet är konstruerad genom dag för dagaktiviteter som att äta tillsammansö. Familjemåltiden blir därför en viktig symbol för upprätthållandet av familjegemenskap.

Familjemåltiden vid förändring

Vad händer då med familjemåltiden om någon i familjen behöver ändra på sitt sätt att äta? Om man tittar på ansvarsfördelningen sker ingen förändring, kvinnan behåller ansvaret för familjemåltiden vare sig det är hon som insjuknar eller om det är maken (Gregory, 2005; Johnson & Morse, 1990; S Eriksson, 1994). Det verkar dock vara så att det finns en skillnad i familjens anpassning till de nya kostråden beroende på om det är mannen eller kvinnan som är den som drabbats av sjukdom. Flertalet studier har visat att när mannen behöver ändra på sina matvanor så sker en högre grad av anpassning till de rekommendationer som mannen fått än när kvinnan är i samma situation (Aish, 1996; Beverly, 2008; Hepworth, 1999; Russel et al 1994; S Eriksson, 1994; Savoca et al. 2001).

När kvinnan måste ändra sin kost på grund av sjukdom fortsätter hon som tidigare att laga enligt mannens preferenser och om det strider mot det råd hon har fått försöker hon hitta strategier för att lösa detta (S Eriksson, 1994; Savoca et al., 2001). Strategier kan vara att laga två maträtter men ibland väljer hon att laga och äta den mat som mannen vill ha trots att den strider mot de råd hon fått (S Eriksson, 1994; Savoca et al., 2001). Det har också visat sig att mannen, i de fall där han har haft huvudansvaret för familjens kosthåll, lagar mat utifrån egna preferenser även om de inte stämmer överens med det som kvinnan på grund av sin sjukdom bör äta (Gregory, 2005). Däremot visar en australiensisk studie att när en kvinna med diabetes har en make som också insjuknar i diabetes så förbättrades kvinnans egen diet och hon åt en mer för diabetiker lämplig kost än före mannens insjuknande (Hepworth, 1999). Hepworth ser detta fenomen som att kvinnan då hittar argument att laga diabetesanpassad mat trots att det kanske strider mot mannens preferenser. Mannens hälsa är då det primära omsorgssyftet.

Kvinnan verkar alltså sakna stöd i sina försök att ändra på sitt sätt att äta till skillnad från mannen. Även i andra sammanhang verkar kvinnan vara ensam om att ta hand om sin sjukdom. S Eriksson (1993) såg i sin studie av män och kvinnor med diabetes att kvinnorna oftast gick ensamma till vårdcentralen för information om behandlingen av sjukdomen, detta till skillnad mot männen som oftast hade med sig sin maka. Genom att ta med sig sin hustru så omvandlas mannens sjukdom till ett familjeproblem, resonerar S Eriksson. Att involvera familjen i behandlingen av sjukdom verkar vara stödjande för goda behandlingsresultat. Vad som ytterligare stödjer denna teori är det resultat Wilson och Pratt (1987) fick i sin studie av kvinnor med diabetes. De kvinnor som fick undervisning om sjukdomen i kombination med aktivt stöd från en partner kunde gå ner i vikt och förbättra sina blodsockervärden jämfört med de kvinnor som endast erhöll undervisning.

Resocialisation - att förändra matvanor

För att förstå varför en förändring av matvanor ibland kan vara svårt, både för den som måste ändra sina kostvanor och för familjen, bör man titta på hur våra matvanor skapas och utvecklas under livets gång. Jag har valt att använda mig av Fieldhouse:s teori om *öSocialisation och tillägnandet av matvanor* (1995), där han belyser komplexiteten bakom det vi i vardagligt tal kallar matvanor. Enligt Fieldhouse förvärvas våra matvanor mycket tidigt i livet och barnet påverkas framförallt av den närmsta familjens matvanor. Detta kallas *primär socialisation* och lägger grunden för de matvanor som vi sedan i stor utsträckning behåller livet ut (Fieldhouse, 1995). Familjens matvanor är i sin tur grundade utifrån den kultur och de traditioner som finns i den miljö vi växer upp inom. Dessa våra tidigt förvärvade matvanor blir ofta associerade med minnen från vår barndom och när vi som vuxna kommer i kontakt med viss mat kan den då väcka upp känslor av både värme och glädje men också ilska och besvikelse menar Fieldhouse. Sedan, i takt med att barnet växer upp, utvidgas dess sociala nätverk och därigenom ges nya influenser från vänner och deras familjer. Enligt Fieldhouse så uppstår då den *sekundära socialisationen* med början i tonåren för att fortsätta in i vuxenlivet. Under den sekundära socialisationen influeras våra matvanor främst från intryck från skola och media och i vuxen ålder arbetsplatsen. Om det uppstår konflikter mellan det man lärt sig i tidiga år och vad man till exempel lär sig i skolan så är det den primära socialisationen oftast den dominanta. Som medelålders och äldre kan det uppstå ett behov av att förändra de matvanor man tillskansat sig under livet, det kallar Fieldhouse för *resocialisation*. Individens försöker då att ompröva gamla vanor och rutiner och ersätta dem med nya. Utgångspunkten för detta kan vara ny kunskap som erhållits via kampanjer, utbildning etc. Det kan också vara sjukdom som gör att matvanorna måste förändras för att bevara hälsan. Resocialisation kan förstås uppstå när som helst under livets gång när vi har behov av att på något sätt ändra på våra matvanor, men är vanligast när vi kommer upp i medelåldern/ålderdomen.

Mat och risk

Hur ser kvinnan på mat efter en hjärtinfarkt? Eftersom kvinnans tidigare livsföring har varit en möjlig orsak till den uppkomna hjärtinfarkten måste kvinnan tydligare reflektera över den mat hon äter, och ur ett mer medicinskt perspektiv, än tidigare. Förhållandet till mat kan komma att förändras och maten ses utifrån ett riskperspektiv där det man äter är det som kan göra att man bevarar eller äventyrar sin hälsa. Detta kan göra att kvinnan väljer ett nytt förhållningssätt i fråga om den mat hon väljer och hur hon hanterar denna risk i sin vardag. Sociologen Bente Halkier

(2001) har i sin studie *Risk och mat*, en studie av småbarnsföräldrars sätt att hantera risk, vad det gäller mat, miljö och hälsa utarbetat tre riskhanteringsstrategier. Denna teori skulle också kunna appliceras på andra grupper som drabbats av en livsstilsrelaterad sjukdom. I studien såg Halkier att hanteringen av risker i livsmedelsammanhang präglades av ambivalens. Ambivalensen kunde präglas av motsättningar mellan vad man önskade göra och vad man ansåg sig borde göra. De tre riskhanteringsstrategier som utifrån Halkiers studie utkristalliserades var oroad/bekymrad riskhantering, irriterad riskhantering, och pragmatisk riskhantering. Vid *bekymrad/oroad riskhantering* följer man den offentliga debatten om hälsa och miljö grundligt, och skaffar sig information om olika saker man ser som problematiska. Emotionellt känner man sig skrämmd-av den riskkommunikation som kommer från myndigheter, massmedia, hörsägen etc. För att försöka undvika att utsättas för risker så konsumerar man mat som man anser vara mindre riskfylld, som till exempel ekologiska produkter. När man använder sig av *irriterad riskhantering* ser man riskkommunikationen som ett hot i vardagen och som något som förstör nöjet i att äta vad man vill. Man svänger mellan att reflektera över risker och att vägra att göra det. Vid *pragmatisk riskhantering* ser man på risk som ett problem i det dagliga livet som ett av alla andra problem man möter i livet. Mat är ingenting man nödvändigtvis talar så mycket om. Risk är ett potentiellt problem som man måste ha en förnuftig relation till i ett jäktat vardagsliv. Man vill inte överdriva involveringen av riskfrågor på bekostnad av andra saker i det dagliga familjelivet. Men man vill inte heller negligera risker om man ser dem som väldigt viktiga, till exempel i relation till hälsan eller barnen. Ett pragmatiskt förhållningssätt kräver etablerade praktiska rutiner som tillåter individerna att inte behöva reflektera så mycket på eventuella risker eller bli emotionellt engagerad.

Metod och material

Urval och rekrytering

De kvinnor som deltog i studien rekryterades från ett sjukhus i Stockholmsområdet. Efter ett godkännande av klinikens verksamhetschef gjorde en sjuksköterska på kliniken ett urval bland de patienter som motsvarade de kriterier som satts upp för de som skulle medverka i studien. Sjuksköterskan sände därefter ett informationsbrev till de utvalda informanterna. Informationsbrevet hade utarbetats av uppsatsförfattaren (Bilaga). Urvalskriterierna var följande: Kvinnor < 65 år som insjuknat i hjärtinfarkt för 6 månader sedan eller längre. De skulle helst varit yrkesverksamma före infarkten. Av de tjugo patienter som fick informationsbrevet, tog fyra stycken kontakt per telefon och önskade medverka. Då det behövdes fler deltagare gjordes en andra rekrytering. Den gjordes via snöbollseffekten (Denscombe, 2000), då en av informanterna som hade deltagit i en hjärtskola informerade de andra deltagarna i utbildningen. Tre kvinnor från hjärtskolan tog kontakt med uppsatsförfattaren via telefon och fick då information om undersökningen. Dessa tre kvinnor valde att medverka i undersökningen. Totalt deltog sju kvinnor i studien. De kvinnor som slutligen deltog i studien var i åldrarna 43 ó 65 år. Sex av dem var gifta och en var änka sedan några år tillbaka. Två kvinnor hade hemmavarande barn, de andra fem hade vuxna barn. Endast en kvinna arbetade heltid efter hjärtinfarkten, två arbetade deltid och fyra var sjukpensionärer efter hjärtinfarkten.

Kvalitativa djupintervjuer

Kunskapen om kvinnors upplevelser och erfarenheter av hur det är att efter en hjärtinfarkt försöka leva efter de rekommendationer som ges, är idag relativt okänd. När vi vill ta del av delvis okända fenomen är en kvalitativ ansats lämplig, en enkät kan vara mindre lämplig då vi bara får svar på de frågor som fastställts i formuläret, men riskerar att missa andra viktiga aspekter. Dessa faktorer kan istället med fördel fångas upp med en kvalitativ metod, till exempel genom intervju (Malterud, 1998). Med detta i åtanke valdes en kvalitativ metod. Kvalitativa djupintervjuer som metod valdes också utifrån att dessa är lämpliga för att försöka förstå världen ur den intervjuades synvinkel (Kvale, 1997). Intervjuaren är själv forskningsverktyg och genom praktik; att genomföra pilotintervjuer före de egentliga projektintervjuerna, ökar man förmågan att skapa ett tryggt och stimulerande samspel (Kvale, 1997). Innan undersökningen genomfördes därför två pilotintervjuer som sedan transkriberades. I studien genomfördes sedan djupintervjuer på 1-1,5 tim/informant. Intervjuerna spelades in på bandspelare och transkriberades ordagrant direkt efter intervjutillfället. Inga anteckningar gjordes under intervjutillfället då samtalet kan hämmas om uppmärksamheten koncentreras kring anteckningar (Malterud, 1998). En kort sammanfattning av huvudintrycket från samtalet antecknades därför direkt efter intervjun. Före intervjun informerades deltagarna om att resultatet av intervjun kommer att användas till en uppsats på D-nivå i Kostvetenskap vid Uppsala universitet. En kort orientering gjordes om vilka ämnen som skulle beröras. Deltagarna informerades också om att de när som helst kunde avbryta intervjun om de ville och att all information som uppkom under intervjun behandlas konfidentiellt. Intervjuerna är halvstrukturerade där öppna frågor använts till största delen för att i minsta möjliga mån påverka den intervjuade. Informanten ombads tala fritt om det som hon tyckte var viktigt i sammanhanget. Inga förutbestämda frågor har använts, dock är frågorna koncentrerade runt de tidigare nämnda frågeställningarna.

Datainsamling litteratur

En övergripande litteratursökning gjordes via Uppsala universitetsbiblioteks hemsida och databaserna PubMed, Sage journals online och Social Sciences Citation Index. Litteratur söktes även på Internet i databaserna Libris och Disa. Sökorden som användes var; women, myocardial infarction, coronary disease, nutrition, food, social networks. Genom de funna artiklarnas referenslistor kunde fler relevanta artiklar studeras. Hemsidor som Socialstyrelsen, American Heart Association, Swedehart och Livsmedelsverket användes också. Litteratursökningen gjordes fortlöpande under studien allt eftersom nya insikter gavs utifrån intervjuerna.

Dataanalys

Intervjuerna har bearbetats och tolkats utifrån ett hermeneutiskt perspektiv. Hermeneutiken avser att tolka och förstå hur människors liv och existens kommer till uttryck i det talade och skrivna språket (Olsson & Sörensen, 2001). Den hermeneutiska tolkningens syfte är att vinna en giltig och gemensam förståelse av en texts mening (Kvale, 1997) Tolkningen av meningen hos en text karakteriseras, enligt Kvale, av en *hermeneutisk cirkel*. Förståelsen av en text sker enligt Kvale genom en process. I denna process bestäms de enskilda delarnas mening av textens helhetliga mening. Efter en närmare bestämning av de enskilda delarnas mening är det möjligt att dessa kan förändra den ursprungliga meningen hos helheten. Denna kan sedan återigen förändra meningen hos de enskilda delarna och så vidare (Kvale, 1997). Uppsatsens syfte har varit att ta del av

kvinnors egna erfarenheter efter hjärtinfarkten genom en intervju där kvinnan med egna ord får berätta om sin upplevelse efter insjuknandet. Då ett hermeneutiskt perspektiv är lämpligt vid tolkning och bearbetning av text valdes detta perspektiv och analysen växte efterhand fram med hjälp av teorier som Halkiers (2001) och Fieldhouses (1996) och läsningen kring mat och kvinnors arbete med mat. De transkriberade intervjuerna skrevs ut i form av papperskopior som sedan lästes igenom ett flertal gånger för att få ett helhetsintryck. En filtrering av materialet gjordes och stora delar av materialet som inte gav intressant information till de ursprungliga frågeställningarna lades åt sidan. Under läsningens gång utkristalliserades olika, för studien relevanta teman med underteman. Färgpennor användes som verktyg för att markera olika teman och underteman som uppkom. Med dessa teman i åtanke har intervjuerna studerats systematiskt mening för mening i syfte att identifiera meningsbärande enheter. Ur rådata valdes alltså vissa meningsbärande enheter ut. Detta för att de hade potentiell kunskapskraft till de frågor som valts ut (Malterud, 1998). Dessa meningsbärande enheter har sedan kategoriserats, kodats, klippts ut, klustrats in samt klassificerats under relevant kodgrupp i en matris som visuellt anger de olika textstyckenas tillhörighet (t.ex. vilken informant, vilken sida i intervjun) (Malterud, 1998). Efter detta har en systematisk kondensering av de meningsbärande enheterna genomförts, detta för att tydliggöra innebörden i dem. Texten har alltså tolkats med manusförfattarens ord och försökts att få så datanära som möjligt. Utifrån den tolkade texten uppstod subgrupper inom de olika kodningsgrupperna. En innehållsbeskrivning för varje kodgrupp/subgrupp har utformats och citat, som ger en så heltäckande bild av kodgruppen som möjligt, har valts ut. Varje kodgrupps innehållsbeskrivning har fått en överskrift/rubrik och relevanta citat har därefter valts ut och presenterats i resultatet.

Resultat

Syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelser och erfarenheter av hur det är att förändra sina matvanor efter en hjärtinfarkt. Utifrån intervjumaterialet utkristalliserades flera teman som bygger dels på tidigare teorier och dels på egna reflektioner. Det som tydligast framkom var att kvinnorna oftast stod ensamma i sina försök att ändra på matvanorna efter hjärtinfarkten. Ur materialet visade det sig också att de sociala kontexter som kvinnan rörde sig inom hade betydelse för kvinnans resocialisation. Dessa kunde fungera både stödjande och hindrande för kvinnans försök att införliva de nya livsstilsrekommendationerna. De övergripande fynden redovisas enligt följande:

- **Hanteringen av vardagens måltider**
- **Omgivningens krav**
- **Fristaden**

Hanteringen av vardagens måltider

Vem var det då som ansvarade för familjens kosthåll? Med kosthåll menas i detta sammanhang planering av matsedel, inköp och tillagning. Det visade sig att majoriteten av kvinnorna var huvudansvariga för familjens kosthåll och ansvarsfördelningen hade inte förändrats efter kvinnans hjärtinfarkt. I de hushåll där maken deltog i matlagningen hade kvinnan för det mesta redan planerat maträtterna och ibland gjort vissa förberedelser. Denna uppdelning av ansvaret för måltiden uppgav kvinnorna delvis berodde på att mannen aldrig hade lärt sig laga mat.

öja det beror nog lite på det där liksom att min man han har aldrig fått lärt sig det här med att laga mat nä han var nämligen enda barnet så sånt skulle inte en karl behöva göra tyckte min svärmor så han har aldrig liksom fått lärt sig det därö (Informant 3)

Om kvinnorna tog detta huvudansvar för att de var intresserade av matlagning varierade. Några kvinnor sa att de egentligen inte alls var intresserade av matlagning men tog ändå ansvar för familjens måltider och angav skäl som att önågon måste ju göra detö. Dock sade de flesta att de tyckte att det var roligt att laga mat när de hade tid, vilket oftast var på helgerna. Däremot tyckte flertalet att vardagens matlagning var kravfylld. De uppgav att detta beroende på att de hade mindre tid för planering och tillagning av måltiden jämfört med under helgen. De sa också att de hade egna krav på sin matlagning som de inte alltid orkade leva upp till. Ett vanligt dilemma som angavs var att hitta på en omväxlande meny.

öDet är så svårt med mat. Tycker det är så himla tråkigt, har så dålig fantasiú men nu gör jag det i alla fall. Jag skulle gärna bli lite roligare, mer inspirerad.ö (Informant 6)

Att ta hänsyn till familjemedlemmarnas smakpreferenser vid planering och tillredning av familjemåltiden var en självklarhet för majoriteten av de intervjuade kvinnorna. För kvinnorna var det mycket viktigt att familjen tyckte om den mat de hade lagat. Familjemedlemmarna hade ofta synpunkter på maten och hur den skulle tillagas. De deltog emellertid inte aktivt för att underlätta för kvinnan att få de nya kostråden att smälta ihop med allas olika preferenser. Detta pussel fick kvinnan försöka lösa på egen hand. För att tillgodose allas olika behov tillämpade kvinnorna lite olika strategier. En strategi kunde vara att kvinnan lagade två maträtter, en till sig själv enligt de råd hon hade fått och en annan maträtt till resten av familjen. En annan strategi kunde vara att hitta maträtter som alla i familjen tyckte om att äta. En kvinna lade ner mycket tid och energi för att hitta recept som tog hänsyn till allas preferenser. Hon sa att hon absolut inte ville stå och laga flera maträtter, det skulle ta alldeles för mycket tid och kraft. På frågor om hur viktigt det var att familjen tyckte om den nya maten svarar hon:

öDet var jätte viktigt, ja gud ja, det var A och O för det var ju mina försökspersoner. Samtidigt alltså att slippa liksom ha det här att okej den här maten står (kvinnan följer en viktskola på nätet) att jag ska äta idag, men de tycker inte om den (liten paus). Därför gör jag inte den maten utan då gör jag någonting som alla kan äta.ö(Informant 1)

Ett vanligt förekommande argument som familjen angav för att inte äta den så kallade önya matenö var att den var för mager, dvs. att den innehöll för lite fett och för mycket grönsaker. I det hushåll där mannen ansvarade för maten följdes inte de nya kostråden. Mannen i detta hushåll ville ha traditionellt fetare mat och tyckte inte om grönsaker. Han lagade också maten utifrån dessa preferenser.

öHan vill inte följa det här att äta lite nyttigt för han tycker det inte är så gott som jag tycker det ärö (Informant 4)

Kvinnan i detta hushåll var inte så förtjust i att laga mat och åt därför den mat maken lagade. Detta trots att den inte stämde överens med de kostrekommendationer hon borde följa efter hjärtinfarkten för att minska risken för ett återinsjuknande.

För majoriteten av kvinnorna var det alltså mycket viktigt att laga enligt familjens smakpreferenser. Endast en kvinna utgick från att laga mat utifrån egna preferenser trots att de ibland stred mot makens. Hon såg dock att han hade börjat ändra sina matvanor och han hade börjat äta mer grönsaker vilket han tidigare klagade på att hon serverade.

En av de intervjuade kvinnorna levde ensam efter makens bortgång. Kvinnan saknade att laga mat för någon annan, det var det som var det roliga med att laga mat, sa hon. När hon skulle laga mat till sig själv upplevde hon ingen glädje med matlagningen. Däremot var det roligare att laga mat när barnbarnen kom på besök. Då fick barnbarnen bestämma vad hon skulle laga. De ville ofta ha något de kallade *farmormat* vilket bestod av köttgryta, kokt potatis och kokta grönsaker. När hon var ensam vid måltiden åt hon ofta för mycket och mat som inte var så bra för henne, som mycket feta och söta livsmedel. Men om hon gick ut och åt med väninnor på lunchrestaurang upplevde hon att maten smakade bättre. Vid dessa tillfällen åt hon mer grönsaker och fisk än vad hon gjorde hemma. Hon upplevde också att hon kunde sluta äta när hon var mätt och att hon var mer uppmärksam på hur mycket hon åt.

Omgivningens krav

Det var inte bara familjens reaktioner och krav som kvinnorna behövde bemöta och hantera efter hjärtinfarkten. Det var framförallt personer som fanns i kvinnornas närmaste omgivning som reagerade, som t.ex. kvinnornas systrar och/eller väninnor. De hade ofta många synpunkter på vad som var bra eller dåligt för kvinnornas hälsa och gav råd om hur hon skulle sköta sig. I diskussioner om vad kvinnorna skulle äta kunde systrarna/väninnorna reagera med både ilska och frustration. Speciellt om kvinnorna inte följde de kostråd som systrarna/väninnorna trodde hon skulle följa. Det som diskuterades mest var vilken fettkvalitet kvinnorna borde välja.

öSå det här med smöret, min syster skäller på mig att jag ska äta Becel. Jag tycker det är så dyrt så jag äter Lätta. Det är ju fel vaö?(Informant 2)

Frustration kunde också uppstå om systrarna/väninnorna upplevde att de intervjuade kvinnorna följde de nya kostråden, i deras tycke, för strikt. Det handlade även här framför allt om fettkvalitet, att det inte var så farligt att äta fett längre. Den informationen hade väninnorna/systrarna hört eller läst, när de följde med i debatter om kost via massmedia.

öNä hon (kvinnans syster) har väl tyckt, du vet, det här med nya rön att nu ska man kunna äta fett och det är bra att äta fett. Det kan hon väl säga till mig. Hon blev arg i början om jag inte ville äta efterrätt, blev irriterad för att jag inte togö (Informant 6)

Omgivningens reaktioner medförde att kvinnorna ändrade vissa livsmedelsval som de tidigare följt enligt de råd som givits av sjukvården. Några hade börjat äta livsmedel som innehöll mer fett. En kvinna hade slutat att äta sju procentig mjukost och åt en lagrad hårdost med högre fetthalt istället, detta efter det att en väninna talat om för henne att mjukosten innehöll farligt fett.

Förutom väninnors och systrars krav sågs att kvinnorna också försökte leva efter de råd de fått av sjukvården. *Kvinnorna var väl medvetna om att de hade möjlighet att minska risken för ett återinsjuknande om de följde de rekommendationer som de fått av sjukvården.* Det kunde av kvinnorna upplevas som ett krav att det var deras uppgift att parera risker i vardagen. Kvinnorna ville vara uppdaterade angående nya rön om vad som var bra eller inte bra att äta med tanke på hjärt/kärlproblem. De sökte ofta information via tv, tidningar och hos personer i sin närhet. En av kvinnorna som följde med i olika kostrådsdebatter, mestadels via morgontidningen, var förvirrad över debatten om fettkvalitet. Hon hade läst i tidningen att det inte var farligt med fett längre. Att det till och med var bra att äta fett det hade hennes syster talat om för henne. Den informationen gjorde att hon blev osäker på om hon gjorde rätt när hon begränsade sitt intag av fett. Det som hon fått lära sig i hjärtskolan.

öDet är ju verkligen hela tiden hit och dit vad man ska äta. Det känns lite va som vilket är rätt egentligen. Är det inte bra att äta lightleverpastej? ... Ja det gör jag fortfarande, jag hoppas ju att det är bra.ö.(Informant 6)

Efter larm om att bordsmargarinet Becel var farligt (enligt en av de intervjuade) hade kvinnan återgått till att ge sina barn Bregott. Själv åt kvinnan och maken en blandning av smör och raps. Hon försökte äta mycket fisk, mest lax, men sa att hon inte visste om den var så nyttig egentligen. Hon hade läst att det inte var bra med fisk, att de var mycket gifter i fisk idag. En annan informant hade av sin väninna fått reda på att den sju procentiga ost hon brukat äta ösatte sig som slem i ådrorna. Den skulle hon sluta med nu trots att hon tyckte den var god. Hon sa också att det var skönt att ha goda vänner som gav henne råd. Hon hade inte lust att få dåliga kärl. En annan kvinna köpte Lätta istället för Becel på grund av att den var billigare. Hon ansåg att det inte var enligt de rekommendationer hon fått av sjukvården och fick därför dåligt samvete. Hon åt också framför tv:n i vardagsrummet men ansåg att det skulle man egentligen inte göra. Det var inte bra. Att hon åt framför tv:n berodde på att kände sig ensam efter det att maken hade dött och barnen flyttat hemifrån. Tv:n fungerade nu som ett sällskap. Vid de tillfällen hon hade sällskap vid måltiden satt de alltid vid köksbordet, hon hade då inget behov av att se på tv.

öNä det är inte bra. Jag får för mig att man inte tillgodogör sig maten när man sitter och äter och tittar på tv. Man ska sitta vid köksbordet och äta i lugn och ro och gärna göra lite fint fast man är själv va, med servettö(Informant 2)

För att förenkla tillvaron hittade kvinnorna olika strategier. Detta för att på ett mer praktiskt sätt införliva kostrekommendationerna i det dagliga livet. Vid valet mellan att äta den mat som serverades i matsalen på arbetsplatsen, eller att ta med sig egen matlåda med örätt matö (för

hjärtat), så valde en kvinna att äta i matsalen. Hon ansåg att där serverades vällagad och balanserad mat, så varför skulle hon krångla till det med matlåda. Hon valde det hon tyckte smakade gott, det hon absolut ville unna sig. Hon hade ingen ångest för det. Det var också viktigt att få göra undantag från det nyttiga ibland. Kvinnorna resonerade att de ville ha trevligt och unna sig ibland också utan att må dåligt för det efteråt. En av kvinnorna löste detta genom att äta nyttigt på vardagarna. På helgerna lagade hon mera husmanskost, som då kunde innehåll lite mer fett.

öJag tycker ju att det är ju det här man ändå äter varje dag det är ju det som är viktigast. Det man gör på helgen, om man äter annat gott, det är faktiskt tillåtet för hjärtläkarenö(Informant 5)

Kvinnorna ändrade också sitt sätt att äta när det hade gått en tid efter hjärtinfarkten. En kvinna sa att hon i början efter hjärtinfarkten var väldigt sträng mot sig själv och åt inga efterrätter. Det hade hon ändrat på nu. Hennes nya strategi var att välja t.ex. lightglass för att unna sig och ändå kunna följa de råd hon fått om att äta mindre fett. Det fick henne att slippa dåligt samvete menade hon. En annan kvinna ville inte som hon sa ö försaka sig det goda i livetö. Så under påsken åt hon något kilo lösodis. Hennes strategi för att kompensera detta var att gå en timmes promenad dagen därpå. Hon ansåg att detta gjorde att hon kunde unna sig utan att ha dåligt samvete. En del av kvinnorna ville att det inte skulle vara så krångligt det här med maten, man kunde äta allt bara det var i rätt mängder.

öJag tycker det är svårt att äta just för hjärtat, människan är väl tänkt att ändå äta av det mesta och variera kosten ganska mycket. Även om nötter är bra kan man ju inte häva i sig sånt heller hur mycket som helst. Där tror jag i alla fall man tänker självö(Informant 7)

En kvinna tyckte att kostråden man får via olika media ändrades hela tiden. Det kunde man ju inte lyssna på, ansåg hon, och hon struntade i dessa råd.

öMan har diskuterat mörk choklads vara eller inte vara. Nu ska man inte äta det på grund av någonting och den ene säger si och den andre så. Skulle man lyssna på det där så kan jag ju inte borsta tänderna för att det är cancerframkallande. Hur man än gör så har man rumpen bak, men det struntar jag iö (Informant 1)

Att man diskuterat om det var bra eller inte att äta mörk choklad var inte något som gjorde henne orolig. Hon tyckte om mörk choklad och tog gärna en liten bit till en kopp te ibland utan att få dåligt samvete eller oroa sig.

Fristaden

Kvinnorna upplevde att det många gånger var lättare att följa kostråden när hon var utanför hemmet. Om t.ex. kvinnorna var bortbjudna till sina vuxna döttrar hade dessa oftast tagit hänsyn till att kvinnorna ändrat sitt sätt att äta. Döttrarna lagade då öbra matö som inte var så fet och som

innehöll mycket grönsaker. En kvinna som levde ensam tyckte att lusten att laga mat hade försvunnit efter det att hon har blivit änka och barnen flyttat hemifrån. Hon slarvade ofta med maten och åt mat som inte var bra för henne. Mat som innehöll för mycket fett och för lite grönsaker. Men när hon var på besök hos sina döttrar brukade hon få mat som följde de kostråd hon hade fått. Hon brukade då även få med sig en ömatlåda hem.

öJo de försöker när man är där att laga mat som man ska äta. Hon (dottern) vet ju att jag är dålig på att äta grönsaker. Så alltid när jag är där så får jag alltid med mig mat hem (skratt) det är bra.ö(Informant 2)

Denna omsorg kunde kvinnorna även få när de besökte sina systrar. Systrarna höll reda på vad kvinnorna skulle äta och lagade sådan mat.

Arbetsplatsen upplevdes också vara en plats där kvinnan kunde koncentrera sig på sig själv och sina behov. De var få kollegor som kommenterade vad kvinnorna valde att äta. Maten upplevdes därför inte vara något problem för dem i denna situation. De kvinnor som fortfarande arbetade efter hjärtinfarkten valde för det mesta att äta i arbetsplatsens matsal. Där fanns det många maträtter att välja mellan. På så sätt kunde kvinnan välja mat utifrån de kostrekommendationer hon fått. Eftersom alla komponerade sin egen måltid här så kände inte kvinnorna att de skiljde sig från mängden när de valde mat utifrån kostråden. Vid fikat däremot kunde arbetskollegor kommentera om kvinnan valde att avstå från fikabröd. De kommentarer kvinnorna då kunde få, var att arbetskamraterna tyckte synd om dem för att de var tvungna att avstå. Det upplevde kvinnorna emellertid inte som något jobbigt. De blev inte påverkade av kollegornas kommentarer utan stod fast vid sitt beslut att inte äta fikabröd.

öJag äter inte bulle eller kaka på jobbet, dom äter det flera gånger i veckan. Det är ingen som blir störd att jag inte tar, dom kan bara säga ska inte du ha nått, du måste väl också få.ö(Informant 6)

Däremot, när det gällde arbetstider, var det inte alltid att chefer eller kollegor var lika förstående. De av kvinnorna som hade möjlighet att påverka sitt arbetsschema och hade en förstående chef som respekterade sjukskrivningen hade lättare att säga ifrån. Det kunde då gälla kommentarer om deras arbetstider.

öJa dom undrar om jag inte jobbar nu igen och den där stilen så attí Nä jag bryr mig inte ett dugg. Där vet jag ju att jag har studierektor och rektor bakom mig så. Om de säger något så frågar jag om de är intresserade att se sjukintyget.ö(Informant 7)

Däremot, när chefen inte tog hänsyn till kvinnornas behov, var det svårare för kvinnorna att ta hand om sig. En av kvinnorna som efter hjärtinfarkten var sjukskriven på halvtid, upplevde att chefen inte förstod hennes situation. Chefen ville att kvinnan skulle arbeta förmiddagar för det skulle passa arbetsplatsen. För kvinnans del var det bättre att börja lite senare på dagen. Hennes

morgon upplevdes väldigt stressig eftersom hon hade två småbarn som skulle lämnas på dagis och skola. Eftersom kvinnan hade förlorat i ork, dels genom skador efter hjärtinfarkten och dels av de hjärtmediciner hon åt, så behövde hon vila lite efter denna morgonprocedur. Hennes önskan var därför att styra lite mer över sitt arbetsschema. På så vis skulle hon kunna få tid att ta hand om sig själv och därmed minska risken att återinsjukna. Hon hade pratat med sin chef om detta men upplevde att han inte förstod hennes situation efter hjärtinfarkten.

öJag orkar inte det jag måste ha mina tio timmars söm. Ja, men alla är väl trötta säger han (chefen) då. Då får jag hålla på och ändra schema (skrattar lite) och så där, men så där får man göra när man jobbar halvtid. Jag tycker inte dom (chef och kollegor) har förståttö(Informant 6)

Denna kvinna upplevde arbetssituationen som ett stressmoment i vardagen. Däremot fungerade rehabiliteringsgruppen som ett stödjande forum i kvinnornas vardag. Flertalet av kvinnorna hade deltagit i grupprehabiliteringsprogram för kvinnor. I gruppen kunde de få och ge stöd när de kände sig ledsna och oroliga. För kvinnorna hade det varit svårt att visa den sorg som de känt efter hjärtinfarkten, de ville inte oroa sin familj eller göra dem ledsna. De ville inte heller prata med familjen om sin oro när de kände symtom från hjärtat. Kvinnorna behöll sina tankar och funderingar om sin sjukdom för sig själv. Därför fungerade kvinnogruppen som en slags fristad där man kunde ventilerat sina känslor, gråta, få förståelse och igenkänning.

öNär man är där så får man sitta och prata inför alla om sig själv och man får gråta och man får göra allting som man inte gör annars. Man gör inte det hemma med sin familj för man vill inte att de ska se att man är ledsen. Det är ju så vi kvinnor gör vi vill ju inte í visa hur det är egentligen ärö(Informant 5)

Inom gruppen kunde de ta upp problem och funderingar som uppstått efter hjärtinfarkten. Deltagarna tog upp olika saker som hänt mellan gångerna de träffades. Det kunde handla om hur familj, vänner och arbetskollegor reagerat på hjärtinfarkten och de förändringar som därmed hade uppstått. Många kände skuld känslor för att de hade drabbats, att de hade misslyckats med att ta hand om sig.

öJa det var mycket det här med umgänget, att få träffa andra som hade drabbats. Att jag inte var så konstig, för man träffar ju andra som var lika unga. Jamen det var ju konstigt att få en hjärtinfarkt när man var så ung í det kändes lite misslyckat. Fast sen uppdagades det ju mer och mer att det inte var ovanligtö(Informant 6)

Kvinnorna berättade också att de fått mycket information om kost och motion genom rehabiliteringen. Det upplevdes som en trygghet att få ta del av denna kunskap. När grupperna träffades kunde deltagarna ta upp saker de läst eller hört sen sist angående kostråd, och få dessa frågor besvarade av dietist. Vad gällde motion så fick de hjälp och stöd att våga testa sina nya gränser. Kvinnorna trodde inte att de hade vågat motionera så mycket utan detta stöd. Hjälp med stresshantering ingick också i programmet. Det tyckte alla var bra eftersom stressen upplevdes

vara den största orsaken till att de drabbades. Majoriteten av kvinnorna angav att de hade haft höga krav på sig själva. De hade velat räcka till både hemma och på arbetet och därför känt sig stressade före hjärtinfarkten.

öVi har ju haft samma press på oss, vi har pressat oss själva. De är höga krav man har, det är ju ens egna krav. Alltså man vill räcka till åt alla och det har varit genomgående för alla i gruppen (hjärtskolan)ö (Informant 7)

Kvinnorna sade att gruppen fungerade som ett forum där de kunde prata om den stress de känt efter hjärtinfarkten. Det var viktigt för dem att kunna känna igen sig i andra, att träffa andra kvinnor som också drabbats av hjärtinfarkt. Flertalet av dem som deltagit i kvinnogrupsrehabiliteringen uppgav att de fortsatte att träffas och ge varandra stöd efter det att rehabiliteringen upphört.

Diskussion

Metoddiskussion

Malterud (1998) resonerar utifrån att det ibland kan vara mer ändamålsenligt att använda begreppet *tillämpningsmöjlighet* istället för generaliserbarhet. Detta begrepp säger ibland mer om vilka gränser och förutsättningar våra resultat har, och hur de kan tolkas och vara giltiga i andra sammanhang än där själva studien har utförts. Att ställa frågan om möjligheten att tillämpa, är ett sätt att operationalisera frågan om *extern giltighet* (Malterud, 1998). Det är utifrån detta resonemang denna studies resultat kan väljas att tolkas och diskuteras. Resultatet från studien kan inte sägas vara generaliserbart. Dels utifrån det låga antalet intervjuade, dels utifrån att informanterna inte är slumpmässigt utvalda och därmed inte kan representera hela populationen av kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt. Detta var inte heller intentionen med studien. En enkätundersökning hade kunnat delas ut till ett större antal deltagare och på så vis öka chanserna till ett mer generaliserbart resultat, men då hade materialet inte fått samma djup. Syftet var att ta del av kvinnors erfarenheter och upplevelser av hur det är att ändra sina matvanor efter en hjärtinfarkt. Detta fenomen är relativt okänt. När man vill försöka förstå världen ur den intervjuades synvinkel är kvalitativ djupintervju som metod lämplig (Kvale, 1997). Metoden är också lämplig när man vill studera delvis okända fenomen (Malterud, 1998). Vid en kvalitativ intervju finns också möjligheter att ställa följdfrågor och att följa upp *röda trådar*, vilket hade varit svårt i en enkätstudie. Vad gäller reliabilitet så är det svårt att upprepa en kvalitativ studie, det är ju inte möjligt att "frysa" en social miljö. Däremot kan man använda begreppet överförbarhet, dvs. om detta resultat kan överföras till andra situationer eller miljöer (Kvale, 1997). En hel del av det som framkommit i intervjuerna har kunnat sammankopplas med tidigare forskning. Det som kan ses som en brist är att studieresultatets kunskapsdjup hade kunnat stärkas genom att belysa materialet utifrån ett genusteoretiskt perspektiv. Det är också tveksamt att betrakta resultatet som överförbart på grund av att mycket av materialet har under bearbetningen filterats bort. En annan intervjuperson hade möjligtvis ställt andra frågor och formulerat frågorna annorlunda och därmed kanske upptäckt ytterligare fenomen, olika frågor ger olika svar (Kvale, 1997). Vad det gäller validiteten kan den diskuteras utifrån de urval av informanter som deltog i

studien. Eftersom de fick information om studiens innehåll i förväg kan det hända att de kvinnor som hade ett större intresse för just mat och matvanor var de som anmälde sig. Man bör även ha i åtanke att deltagande i en studie kan upplevas kravfyllt och ansträngande. Därför kanske de kvinnor som hade mindre kraft inte heller orkade ställa upp i denna studie. De som blev intervjuade var medvetna om hur och var dessa studieresultat skulle redovisas och studiens fokus låg på hur de upplevt att de kunnat hantera de råd de fått angående mat från sjukvården. Det kan ha påverkat dem att svara så som de trodde var önskvärt (Kvale, 1997).

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur kvinnor upplever sin situation efter en hjärtinfarkt, när kvinnan i sin vardag ska försöka införliva de rekommendationer om kost som hon fått. Utifrån intervjumaterialet framträdde ett antal teman som svarade mot de initiala frågeställningarna. När kvinnan lämnar sjukvården efter en hjärtinfarkt kommer hon ut i en vardag som nu har förändrats. Nu ska hon införliva de kostråd hon fått i det sociala sammanhang som hon vistas inom. I dessa sociala kontexter möter hon både hindrande och stödjande inslag för henne i hennes resocialisation. I hemmet blir denna resocialisationen svår att genomföra då familjen inte helt accepterar den kost kvinnan bör äta. Utanför hemmet möter hon reaktioner från omgivningen, där denna ställer krav på kvinnan om det inte upplevs att hon lever efter de råd man tror är bra för henne. Även de råd kvinnan får från sjukvården blir ett slags krav. I och med att hon drabbats av en livsstilsrelaterad sjukdom har hon en möjlighet att själv förhindra ett återinsjuknande vilket kan upplevas som en möjlighet men samtidigt kan ge känslor av skuld och otillräcklighet om hon inte lyckas med att ta hand om sig. Det är nu upp till kvinnan att genomföra sin resocialisation inom de sociala kontexter hon vistas inom. Vad får dessa sociala sammanhang för konsekvenser för kvinnans resocialisation? Vilka hinder och vilka möjlighet möter hon i sin vardag?

Resocialisation- en utmaning för kvinnan och hennes omgivning

Vad som tydligast visade sig i intervjuerna var hur ensam kvinnan stod i sina försök att förändra vardagen. Vad som också framgick var att denna förändring var utmanande, inte bara för kvinnorna själva, utan även för familjen, vänner och kollegor. Det kan kanske delvis bero på att de matvanor vi tillägnat oss under vår barndom är de dominerande. Dessa våra tidigt grundade matvanor är något vi inte gärna ändrar på, enligt Fieldhouse teori om *öSocialisation och tillägnandet av matvanor* (1995). Vårt första tillägnande av matvanor kallas primära matvanor. De primära matvanorna kan ibland verka hindrande när vi ska försöka ändra på matvanorna senare i livet. Kanske är det därför kvinnorna har svårt att få igenom en förändring av sina matvanor eftersom de påverkade hennes omgivning. Omgivningens primära resocialisation blev således hotad av kvinnans resocialisation. De nya matvanorna skulle nu införlivas i de sociala kontexter som kvinnans vistades inom och de sociala kontexter som en människa lever i spelar en viktig roll för individens möjlighet att förändra sitt beteende enligt Bandura (1978) och Rogers (1983). Vad som kan vara hindrande eller stödjande vid resocialisation är därmed viktigt att uppmärksamma. Under läsningen av intervjumaterialet framkom att de olika sociala kontexter som kvinnan vistades inom kunde verka både hindrande eller stödjande i förhållande till hennes resocialisation. Det visade sig också att kvinnan ofta saknade stöd i sina försök att göra

förändringar i vardagen efter sin hjärtinfarkt. Eftersom det är mycket betydelsefullt att få stöd av omgivningen för att lyckas med livsstilsförändringar, vilket ett antal studier visat på (Bovbjerg et al 1995; Ell, 1996; Falk et al 2000; Beverly, 2008), så ville jag undersöka hur det ser ut med stöd respektive bristen på stöd i de sociala kontexter kvinnan vistas inom. Nedan följer ett resonemang om de olika teman jag funnit och vad som jag ser kan vara stödjande eller hindrade för kvinnans resocialisation.

Ansvar för resocialisation i hemmet

Hemmet är den mest betydelsefulla sociala kontexten i förhållande till kvinnans resocialisation. Det är i hemmet kvinnorna äter de flesta måltiderna. I hemmet har kvinnan olika krav att förhålla sig till. Här ska hon försöka kombinera familjens önskemål med de rekommendationer sjukvården gett henne. Utifrån mitt intervju-material kan jag se att det är upp till kvinnan själv att lyckas med den ovan nämnda ekvationen. Kvinnan får själv ta ansvar för sin resocialisation i hemmet. Här möter hon många hinder, vilka jag lyfter fram och diskuterar nedan.

Familjemåltiden i förändring - kvinnans ansvar

I enlighet med tidigare studier, både historiskt (Dixey, 1998; Fieldhouse, 1995; Warde, 1997) och i mer nutida studier (Tid för vardagsliv, 2010/2011; Ekström, 1990), så hade majoriteten av de intervjuade kvinnorna ansvar för familjens kosthåll. Det hade inte skett några förändringar av detta ansvar efter hjärtinfarkten, vilket också visat sig vara fallet i andra studier (Gregory, 2005; S Eriksson, 1994; Johnson & Morse 1990). Varför kvinnorna inte överlåter ansvaret kanske kan förklaras av att de, liksom kvinnorna i Ekströms studie (1990), är de som har kontroll över familjens kosthåll. Som Ekström beskriver det i sin studie så kan kvinnan redan på hemväg från jobbet börja planera vad som ska serveras, hon vet vad som finns hemma och vad som måste kompletteras. Att överlåta detta ansvar till någon annan skulle innebära ett merarbete när kvinnan ska hjälpa övriga familjemedlemmar att sätta sig in i kosthållets planeringslogistik. Några av de intervjuade kvinnorna uppgav att deras män aldrig hade lärt sig att laga mat. Om mannen nu ska ta över ansvaret så innebär det även här merarbete för kvinnan att lära upp mannen i matlagningens grunder och planeringsarbetet. Kvinnan kanske inte orkar ta itu med detta projekt vilket kan medföra att hon istället anser att det är värt att ta detta ansvar för att spara kraft och tid kortsiktigt. Även om det skulle gynna henne på lång sikt att involvera maken. Kanske är det också så att kvinnan inte vill släppa ansvaret för kosthålllet eftersom att laga mat till familjen är så starkt förknippat med den feminina identiteten som Charles & Kerr (1988) och Murcott (1983) beskriver det. Familjemåltiden som hon har ansvarat för ger henne en betydelsefull roll i familjen. Johnson och Morse (1990) är också inne på dessa tankebanor. De resonerar om att ansvaret för god hemlagad mat är en del av den kvinnliga identiteten och att kvinnan därför fortsätter att ansvara för kosthålllet trots att det ökar hennes arbetsbörda i hemmet när hon ska försöka ändra livsstil. Vad som också kan vara av betydelse, som Ekström (1990) beskriver det, är att när kvinnan lagar mat får hon som belöning mannens kärlek. Detta är normen, idealet för kvinnan att ansvara för och hålla standarden på maten. De ovan beskrivna orsakerna kan innebära att kvinnan fortsätter att behålla ansvaret för kosthålllet. Detta trots att det hindrar henne att ägna tid och kraft till aktiviteter som syftar mot bibehållen hälsa.

Omsorg och förändring i konflikt

Flertalet studier har visat att för kvinnan är det viktigt att laga enligt familjens preferenser (Murcott 1983, De Vault 1991, Sidenvall et al. 2000). Detta gällde även för majoriteten av de

kvinnor som intervjuats. Att laga mat enligt familjens önskemål var viktigt och något man tog hänsyn till. Även efter hjärtinfarkten, när kvinnorna skulle ta hänsyn till nya matvanor, var det viktigt för kvinnorna att dessa skulle gå att kombinera med familjens önskemål. Liknande resultat har framkommit i andra studier när kvinnan har fått en livsstilsrelaterad sjukdom (S Eriksson, 1994; Savoca et al., 2001). För den kvinna där mannen var huvudansvarig för kosthållet följdes däremot inte de rekommendationer kvinnan har fått utan mannen lagade mat enligt egen preferens. Han lagade mat med mycket fett och lite grönsaker. Även i Gregorys studie (2005) så lagade de män som var huvudansvariga för familjens kosthåll maten enligt egna preferenser, även om de inte stämde överens med det som kvinnan på grund av sin sjukdom bör äta.

Ett flertal av de intervjuade kvinnorna angav att familjen ofta hade synpunkter på deras matlagning och vad som skulle serveras. Synpunkterna handlade oftast om att var för mager eller innehöll för mycket grönsaker, just det som kvinnan nu skulle försöka äta. För att kunna kombinera familjens smakpreferenser med de nya kostråden använde kvinnorna sig av olika strategier. Strategierna kunde bestå av att laga dubbla maträtter och/eller leta recept som alla i hushållet accepterade. Detta överensstämmer med de strategier som kvinnorna i Gregorys (2005) och S Erikssons (1994) studier använde sig av. Det borde rimligtvis öka kvinnornas arbetsbörda. Trots detta uppgav kvinnorna, att de hade ett högt stöd från familjen. Detta stämmer med det som S Erikssons (1994), såg hos dem hon intervjuade. Av intervjuerna framgår emellertid att det var kvinnorna som planerade och förberedde måltiderna, som tog ansvar för att finna nya recept, provade olika rätter m.m. Därför är det svårt att se vad detta stöd skulle bestå i. De kanske, likt de kvinnor som medverkade i S Eriksson studie, upplevde ett emotionellt stöd men inte ett praktiskt stöd. Det praktiska stödet visade sig i S Erikssons studie ge bättre behandlingsresultat än ett emotionellt stöd. Det är också möjligt att kvinnan inte reflekterar över det merarbete som införandet av nya strategier medför. Just denna form av arbete kallar DeVault (1991) ett osynligt arbete både för individen som utför det, och för individen som tar del av det. Kanske är det därför kvinnorna inte ser detta som något extra arbete. Kvinnorna fortsätter således att göra som de gjort innan infarkten, de ger familjen omsorg, genom att se till att deras nya kosthållning inte *drabbar* familjen. Trots att detta innebär merarbete för kvinnan själv. Hennes arbete ökar alltså, vilket rimligtvis borde innebära en ökad stress för kvinnan och stress är en riskfaktor kopplad till hjärtinfarkt (Berglund et al. 2002). Därmed uppstår en konflikt i att som sjuk ge sig själv omsorg genom att följa de kostråd man blivit rekommenderad och samtidigt ge omsorg till familjen. Omsorgs som ges genom att laga den mat familjen tycker om och önskar.

Kvinnans egna krav

Majoriteten av de intervjuade kvinnorna sade att de tyckte om att laga mat, men mest under helgen då de hade mer tid och kände sig mindre stressade. Vardagens matlagning upplevdes som mer kravfylld och det kunde vara svårt att hitta inspiration för detta varje dag. Trots detta tog de huvudansvaret för maten. Att kvinnor upplever vardagens matlagning som mer rutinartad och lite mer kravfylld såg också Ekström (1990) i sin studie. Nu, när kvinnan ska införliva de nya kostråden, blir detta ytterligare ett krav. Att integrera sina behov med familjens önskemål. Att få dessa förväntningar att gå ihop kan innebära ytterligare ett stressmoment. Att lyckas med kraven, både från sig själv och från omgivningen.

Måltid i ensamhet

För de kvinnor som åt gemensamma måltider med make och/eller barn så verkade det svårt att tillgodose både sina egna och familjens behov och preferenser. För den kvinna som levde ensam

borde det därför inte varit något problem med att följa de råd hon hade fått, då hon bara hade sina egna behov att ta hänsyn till. Dock verkade det även här vara problematiskt. Hon upplevde att det var svårt att motivera sig att laga mat efter makens bortgång. Det kändes trist att laga mat som bara hon skulle äta. Att måltiden upplevs förlora sin mening när kvinnan inte har någon att laga för och äta med har även visat sig i andra studier (Sidenvall et al 2000; Rosenbloom & Whittington, 1993). Däremot, när kvinnan fick besök av barnbarnen tyckte hon att det var roligt med matlagning igen. Detta fenomen hos änkor såg även Sidenvall et al., (2000) i sin studie. Den intervjuade kvinnan verkade ha god kännedom om vad hon borde äta med hänsyn till sin hjärtsjukdom. Hon ville följa dessa rekommendationer men klarade inte av det när hon var ensam. I ensamhet åt kvinnan ofta livsmedel med högt kaloriinnehåll och lågt näringsinnehåll vilket också Rosenbloom och Whittington (1993) kunde se hos änorna i sin studie. Hon hoppade också ofta över måltider och saknade ibland aptit vilket även Sidenvall et al.,(2000) och Rosenbloom och Whittington (1993) såg hos de änkor de intervjuade. Till skillnad mot måltiden i ensamhet så kunde kvinnan i sällskap med andra ha mer kontroll över sitt ätande. Hon åt då inte lika mycket utan var mer uppmärksam på när hon kände sig mätt. Maten smakade också bättre och hon hade mer aptit på till exempel grönsaker och fisk. Att äta tillsammans med andra verkar vara en stödjande faktor för att äta efter de rekommendationer kvinnan fått. Sidenvall et al., (2000) föreslår att matlag, där man tillsammans lagar och äter mat med andra ensamstående, skulle kunna vara ett alternativ för att återfå meningen och lusten med maten och måltiden. Det tror jag även skulle vara av betydelse för de kvinnor jag intervjuat och att de då i högre utsträckning skulle äta enligt de råd de fått. Sidenvall föreslår också att det är viktigt att uppmuntra anhöriga att låta kvinnan laga mat åt dem. Detta anser även Kristofferzon et al., (2003) var en möjlighet till fungerande rehabilitering.

Att ta sin plats i familjen

Endast en av de intervjuade kvinnorna berättade att hon lagade maten helt efter sina egna preferenser. Då lagade hon mat som stämde överens med de råd hon fått av dietisten. Kvinnan argumenterade för att maten är nyttig även för maken. Noteras kan att maken i denna familj hade börjat äta mer grönsaker. Denna kvinna verkade ha hittat styrkan att ta sin plats i familjen, vilket de andra kvinnorna verkade ha haft svårare för. Hon hade tidigare i sitt liv förändrat sin kost beroende på en tarmsjukdom och hade därmed erfarenhet av en livsstilförändring, något som kanske påverkade hennes beslutsamhet att följa de råd hon erhållit. Hon hade erfarenhet av en positiv förändring av att följa kostråd, att det varit värt konflikten som uppstått när hon lagat mat enligt kostråd och inte enbart utifrån familjens preferenser.

Att hantera krav från omgivningen

Även utanför hemmet möter kvinnan krav som hon försöker hantera. Dels ska hon bemöta omgivningens reaktioner på de förändringar hon gör och dels ska hon försöka få de råd hon har fått från sjukvården att införlivas i sin vardag.

Kvinnans resocialisation väcker starka känslor

Både traditionellt sett (Dixey, 1998, Fieldhouse, 1995, Warde, 1997) och från mer nutida studier (Tid för vardagsliv, 2010/2011) så har mat och matlagning varit kvinnors domäner. Det kan vara orsaken till att det är just andra kvinnor som har mer synpunkter på vad som är bra för kvinnorna att äta, än vad den egna familjen har. Reaktionerna från andra kvinnor är ibland starka. De kan visa ilska och frustration, både om hon följer råden för strikt eller om hon i deras tycke inte äter

som hon ska. För några av kvinnorna blir effekten att de känner sig förvirrade och blir osäkra. Ibland ändrar de till och med på sitt sätt att äta utifrån råd som inte alltid stämmer överens med råden de har fått från sjukvården. Engagemanget från kvinnornas väninnor och systrar verkar alltså inte alltid fungera stödjande för kvinnans resocialisation. Det såg också Hepworth (1999) i sin studie. Samtliga intervjuade kvinnor hade tagit del av kostrådgivning och deltagit i hjärtskola. De var väl informerade om vilken kost som var positiv utifrån hjärt/kärlsynpunkt. Trots det vacklade de i sin tillit till dessa råd. Idag är också intresset för kost mycket stort i media och nya dieter kommer ofta, något som troligen bidrar till att kvinnornas förvirring. Det verkar som om den information/ kunskap som kvinnorna erhållit genom sjukvården är mycket sårbar och utsatt för mycket ifrågasättande idag.

Att förhålla sig till mat och risk

Hur förhåller sig kvinnan till mat efter en hjärtinfarkt när hon vet att maten kan ha betydelse för ett eventuellt återinsjuknande. Det visade sig att de intervjuade kvinnorna tänkte mycket på hur maten skulle påverka deras hjärta och kärl. De pratade om mat i termer som vilken mat som kunde minska eller öka riskerna för en ny hjärtinfarkt. De hanterade alltså frågor kring mat utifrån risken att återinsjukna eller bevara hälsan. Jag valde att tolka denna riskhantering utifrån Halkiers teorier (2001) om mat och risk eftersom det framkom att även dessa kvinnor visade på de olika riskhanteringsstrategier som Halkier beskrivit. De växlade mellan att använda sig av bekymrad och pragmatisk riskhantering. Utifrån intervjumaterialet kunde jag inte se att någon av kvinnorna använde sig av strategier som kunde definieras som irriterad riskhantering. Kvinnorna uttryckte sig om mat utifrån risken att återinsjukna eller bevara hälsan. Mat hade blivit ett riskmoment i deras vardag. De försökte hitta olika strategier för att kunna hantera denna risk. Kvinnorna pendlade mellan ett oroat/bekymrat- och ett pragmatiskt riskbeteende. När de använde sig av en mer oroad/bekymrad riskhantering blev förhållandet till mat ett orosmoment i vardagen. Detta hanteringssätt kunde hindra henne om det fick henne att ändra sitt sätt att äta, och då på ett sätt som inte alltid stämmer överens med de kostråd hon fått. Dock skulle hanteringssättet också kunna verka stödjande i den meningen att hon vill ta del av ny information som kan stödja henne i hennes resocialisation. När kvinnan har ett mer pragmatiskt hanteringssätt så har hon mer distans till risker och det blir inte samma orosmoment i vardagen. Däremot så kan även detta sätt vara hindrande om kvinnan väljer att inte följa debatter och inte tar/får kontakt med sjukvården för att inhämta ny information. Det verkar som om kvinnorna behöver regelbunden information från sjukvården både om hon har ett bekymrat/oroligt eller pragmatiskt riskhanteringssätt.

Möjligheter i vardagen till en lyckad resocialisation

I kvinnans vardag ställs hon inför många hinder för sin resocialisation, både i hemmet och i kontakt med sitt sociala nätverk. Även de råd kvinnan får från sjukvården blir ett slags krav. Dock finns det möjligheter i kvinnans vardag som hon kan använda sig av för att bättre genomföra en lyckad resocialisation.

Att få omsorg

Att äta hos sina vuxna döttrar och/eller systrar verkar vara en stödjande faktor för kvinnornas i deras livsstilsförändring. Där möter kvinnorna den omsorg som de erbjuder sin egen familj. Döttrarna och systrarna lagar mat som är bra för modern/system när hon kommer på besök. Att döttrarna i takt med åldern mognat och kanske därför bättre förstår moderns behov spelar förmodligen in. Kanske är det också av betydelse att döttrarna vuxit upp och nu själva blivit

huvudansvariga för den egna familjen. De har nu själva klivit in i omsorgsrollen, detta får deras mödrar ta del av. I intervjuerna hänvisades det endast till döttrar och/eller systrar, där sägs inte något om det också fanns söner/bröder som gav mödrarna denna omsorg. En annan förklaring till att det bara är döttrar eller systrar som nämns kan vara att det är vanligast att kvinnan är den som bär huvudansvaret för matlagningen idag (Tid för vardagsliv 2010/2011; Ekström, 1990). Vad man kan ha i åtanke är att kvinnorna inte äter hos döttrarna/systrarna så ofta, då kanske det är lättare för alla att kompromissa än om det skulle handla om att förändra sina vanor i grunden.

Arbetsplatsen - en möjlighet att ta hand om sig

De intervjuade kvinnorna upplevde sig kunna vara mer egoistiska i sitt sätt att äta på arbetsplatsen där det inte påverkade någon annan. Om arbetskamraterna kommenterade deras kost så verkade kvinnorna i större utsträckning stå fast vid sina beslut om vad de skulle äta. Generellt så står ju arbetskamraterna känslomässigt längre bort än vad familj och vänner gör. Det kan vara förklaringen till att det är lättare för kvinnorna att hålla en tydlig linje gentemot arbetskamraterna även om dessa har synpunkter på kvinnornas kosthållning. Dessutom medverkar distansen till att arbetskamraterna i sin tur inte har lika starka synpunkter på vad kvinnan bör och inte bör äta. Att mat och känslor är nära förbundna framkom också i Janssons (1992) och Sidenvalls (2000).intervjuer. Däremot, när det gällde kvinnornas arbetschema eller deras sjukskrivning kunde de få negativa kommentarer från både chefer och kollegor. Vad beträffar dessa, mer arbetsrelaterade frågor, var respekten för kvinnornas sjukdom inte lika stor. Här fick kvinnorna kämpa för möjligheten att ta hand om sig själva.

Kvinnor stödjer kvinnor

Majoriteten av kvinnorna hade medverkat i hjärtrehabiliteringsgrupper som enbart bestått av kvinnliga deltagare. Inom denna grupp fick kvinnorna det stöd som de till stor del saknade i sin vardag. Kvinnorna stod ofta ensamma i sina försök att genomföra livsstilsförändringar vilket också stämmer överens med andra studier av kvinnor med hjärtinfarkt (Kristofferzon et al 2003; Mendes de Leon et al 2001; Orth-Gomér et al 1998). Kvinnorna fortsatte att upprätthålla kontakten och att bistå varandra efter det att rehabiliteringen hade upphört. Därmed utökade de sitt stödjande sociala nätverk vilket också har setts i andra studier (Hildingh & Fridlund 2003). Inom gruppen hade de vågat visa sin sorg som de känt efter hjärtinfarkten. I hemmet ville de inte visa sin sorg eller oro av omtanke om familjen vilket även Kristofferzon et al. (2003) såg hos kvinnorna i sin studie. Det kan vara en del av förklaringen till att kvinnorna inte fick samma stöd som männen, det är svårt för familjen att ge omsorg om kvinnan inte visar att hon behöver den. En ytterligare förklaring till att kvinnan står mer ensam än mannen är att kosthållen följer, vad man kan se, ett traditionellt könsrollsmönster. Därför är det inte förvånande att det är av deltagarna i gruppen som kvinnan får det praktiska stöd som de saknar hemma. I gruppen möter hon de som själva har erfarenhet av detta ansvar och därmed kan ge användbara råd för vardagen. Kvinnogruppen ser ut att vara det viktigaste forumet för kvinnan för att få det stöd och den omsorg som hon behöver för sin resocialisation.

Slutsats

Det förefaller som om kvinnorna står ensamma när de ska förändra sina matvanor efter hjärtinfarkten. Kvinnornas omsorg om familjen hindrar henne i hennes resocialisation då hon sätter denna omsorg framför omsorgen om den egna hälsan. Kvinnorna tvingas öka sitt

kosthållsarbete efter hjärtinfarkten vilket borde vara det motsatta med tanke på hennes sjukdom. Om kvinnan inte klarar av omsorgen om sig själv, så är det uppenbarligen ingen annan som gör det. Hon har således inte bara ansvar för kosthållet och familjens välbefinnande utan även för bevarandet av sin egen hälsa. När kvinnan blir sjuk blir begreppet familj därför lite vagt, eftersom hon plötsligt står utanför familjen - hennes sjukdom blir inte en familjeangelägenhet, den blir ett ensamprojekt. Det ser ut som om kvinnan måste få hjälp av sjukvården att mobilisera mer praktiskt stöd i sin vardag. Sjukvården måste skaffa sig mer kunskap om den sociala kontext kvinnan befinner sig i och vilka möjligheter hon har till praktiskt stöd. Genom att identifiera kvinnans möjlighet till stöd kan sjukvården göra en bättre bedömning av kvinnans behov och på vilket sätt man kan hjälpa kvinnan att mobilisera detta stöd inom hennes sociala nätverk. Ett sätt att hjälpa kvinnan att involvera familjen kan vara att erbjuda matlagningskurser för kvinnan och hennes familj. Därmed skulle familjen också få möjlighet till en bättre förståelse för matens betydelse för sjukdomen.

Referenser

- Abrahamsson, L., Andersson, I., Aschan Åberg, K., Becker, W., Göranson, H., Hagren, B., Håglin, L., Jonsson, I., Jonsson, L., Nilsson, G. (1999). *Näringslära för högskolan*. Liber 4:e upplagan.
- Aish, A. (1996) A comparison of female and male cardiac patients' responses to nursing care promoting nutritional self-care. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 4613.
- Bandura, A. (1978) The self System in Reciprocal Determinism. *American Psychologist*, 33,(4), 344-358.
- Berglund, G. m.fl.(2006). *Internmedicin*. Liber.
- Beverly, E. (2008) Spousal Support and Food-Related Behavior Change in Middle-Aged and Older Adults Living With Type 2 Diabetes. *Health Educ Behav*, 35, 707-720. originally published online 24 April 2007.
- Bovbjerg, VE., McCann, BS., Brief, DJ. et al. (1995) Spouse support and long-term adherence to lipid-lowering dietes. *Am J Epidemiol*, 141, S451-460.
- Bogg, J., Thornton, E., & Bundred, P. (2000) Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. *Coronary Health Care* , 4, 1636168.
- Brink, E., Karlsson, B., & Hallberg, I. (2002) Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five month. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 5-16.
- Charles, N.,& Kerr, M. (1988). *Women, Food and Families*. Manchester, UK Man-Chester University Press.
- Conn, V., Taylor, S.,& Abele, P. (1991) Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (9),102661034.
- Denscombe, M. (2000) *Forskningshandboken - för småskaliga projekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- DeVault M. L. (1991) *Feeding the family. The social organization of caring as gendered work*. Chicago: University of Chicago press.
- DiGiacomo, M., Davidson, P., Zecchin, R., Lamb, K., & Daly, J.(2011) Caring for Others, but Not Themselves: Implications for Health Care Interventions in Women with Cardiovascular Disease. *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice* Volume 2011.
- Dixey, R. (1998). *Gender perspectives on food and cooking skills*. (1998). Faculty of health and social care, Metropolitan University, Leeds, UK.

- Ekström, M. (1990). *Kost, klass och kön*. Sociologiska institutionen. Umeå Universitet:
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Soc. Sci Med.* 42, 173-183.
- Falk, L.W., Bisogni CA., & Sobal, J. (2000). Diet change processes of participants in an intensive heart program. *J Nutr Educ.* 32, 240-250.
- Fieldhouse, P. (1995). *Food and Nutrition - Customs and culture*. 2nd ed. Nelson Thornes Ltd.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., et al. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101:1919 ó 24
- Fridlund, B., Billing, E. (2002) Cardiac rehabilitation and psychosocial gender differences. *Nurs Sci Res Nord Ctries*, 22:48 ó 51.
- Gregory S. (2005). Living with chronic illness in the family setting. *Sociol Health Illn*, 27; 372-392.
- Halkier, B. Risk and food. (2001). Environmental Concerns and Consumer Practices. *International Journal of Food Science and Technology* , 36 (8).801-812.
- Hildingh, C., Fridlund, B. (2003) Participation in peer support groups after a cardiac event: a 12-month follow-up. *Rehabil Nurs*, 28:123-128.
- Hepworth, J. (1999) Gender and the capacity of women with NIDDM to implement medical advice. *Scandinavian J of Public Health*, 27, 260-266.
- Holm L. (2003). *Mad Mennesker og måltider ó samfundsvidenskabe perspektiverlige*. Holm L (red) 1 utgåvan. Köpenhamn: Munksgaard.
- Berglund, G. m.fl.(2006). *Internmedicin*. Liber.
- Jansson, S. (1992). *Maten och det sociala samspelet ó etnologiska perspektiv på matvanor*. Stockholm : Sveriges Utbildningsradio.
- Johnson, J.L., & Morse, J.M. (1990) Regaining control: the process of adjustment after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 19, 126ó135.
- Keeling, DI., Price, PE., Jones, E., Harding, KE. (1996). Social support: some pragmatic implications for health care professionals. *J Adv Nurs*, 23:76ó81.
- Kemmer, D., Andersson, A. S., Marshall, D. W. (1998). Living together and eating together: changes in food choice and eating habits during the transition from single to married/cohabiting. *Sociol Rev.* 46 (1) 48-72.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J Adv Nurs*, 44: 3606374.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud K(1998) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund:Studentlitteratur.

Marsden, C., Dracup, K., (1991). Different perspectives: the effect of heart disease on patients and spouses. *Clinical Issues in Critical Care Nursing* 2 (2): 2856292.

Mendes de Leon, C.F., Dilillo, V., Czajkowski, S., Norten, J., Schafer, J., Catellier, D., et al. (2001). Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction, the ENRICH pilot study. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease. *J Cardiopulm Rehabil*, 21(6):3536362.

Murcott, A., (1983). "It's a pleasure to cook for him." In Gamarnikow et al. (Eds.), *The public and the private*. London: Heinemann.

Olsson H, Sörensen S. (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Ort-Gomér, K., Chesney, M.A., Wenger, N., (1998). *Women, stress and heart disease*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Orth-Gomér, K., (2005). Multiple stressors and coronary disease in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Biological-Psychology*, (1), 57-66.

Roger, E., (1983). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

Rosenbloom, C. A., & Whittington, F.J. (1993). The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 48, (4), S223-S229.

Russell, BS., Harris, BV., Huster, GA., Sprecher, DL. (1994). Effect of premature myocardial infarction in men on the eating habits of spouses and offspring. *J. Am. Diet. Assoc.*, 94, 859-864.

S Eriksson, B.(1994). Ett år med diabetes. Stockholms Universitet. Rapport i socialt arbete, 0281-6288 ; 68.

Savoca, M., Miller, C. (2001). Food selection and eating patterns: themes found among people with type 2 diabetes mellitus. *J Nutr Educ*, 33, 224-233.

SCB (2003). *Tid för vardagsliv. Kvinnors och mäns tidsanvändning 2010/2011*. Rapport nr 99.

Schenk-Gustafsson, K. (2003). *Kvinnohjärtan - hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Studentlitteratur.

Sidenvall, B., Nydahl, M., & Fjellström, C. (2000) The meal as a Gift - The Meaning of Cooking Among Retired Women, *J of Applied Gerontology*, 19, 405.

Sobal, J., Nelson, MK. (2003). Commensal eating patterns: a community study. *Appetite*, 4, S181-190.

Socialstyrelsen (2008). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforhartsjukvard/centralarekommendationer/prevention>.

Socialstyrelsen (2011). <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-22>.

Svedlund, M., Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive Crit Care Nurs*, 16, S256-65.

Thompson, D.R. (1990) *Counselling the Coronary Patient and Partner*. Scutari Press, Middlesex.

Thompson, D.R., Ersser, S.J. & Webster, R.A. (1995) The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing*, 22, S707-714.

Vaccarino, V., Lin, ZQ., Kasl, S., Mattera, J.A., Roumanis, S.A., Abramson, J.L., Krumholz, H.M. (2003). Sex differences in health status after coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 108:2642-67.

Wamala, SP., Mittleman, MA. Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Orth-Gomér, K. (2000). Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Soc Sci Med*, 51, 481-69.

Warde, A. (1997) *Consumption, food and taste. Culinary antinomies and commodity culture*. London: Sage Publications.

Welin, C, Lappas, G, Wilhelmsen, L. (2000) Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med*, 247:629-39.

Wieslander, I., Bagi A, Turesson C, Fridlund B. (2005). Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year followup with focus on cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Nurs* 4: 278-85.

Wilson W., & Pratt, C. (1987). The impact of diabetes education and peer support upon weight and glycemic control of elderly person with non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). *American Journal of Public Health*, 77, 634-635.

Bilaga

Mat och hjärtsjukdomar

Jag är studerande vid Uppsala Universitet på Institutionen för hushållsvetenskap och jag ska nu påbörja mitt uppsatsarbete. Jag tycker att det saknas kunskap om hur specifikt kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt upplever dels kontakten med sjukvårdens kostrådgivning, dels hur maten fungerar i det dagliga livet.

Jag kommer att göra bandinspelade intervjuer som tar ca 1 timme. All information kommer att behandlas anonymt och det är endast jag och min handledare som kommer att ha tillgång till denna. Medverkan är frivillig och du kan när du vill avstå från deltagande. Det är inte du som person som är intressant i först hand utan fenomenet mat och hjärtinfarkt. Vill du bidra med att belysa det här området vore jag tacksam.

För denna studie har jag fått verksamhetschefen Cecilia Lindes tillstånd.

Vill du medverka och/eller har övriga frågor får du mycket gärna kontakta mig per telefon.

Hoppas på din medverkan!

Bästa hälsningar

Ulrika Berglin

Tel 08-694 71 08 eller 073-985 73 82

Handledare: Christina Fjellström /Uppsala Universitet

Tel 018-471 23 69