



**KVINNORS UPPLEVELSE OCH HANTERING AV SYMTOM VID
INSJUKNANDE I KRANSKÄRLSSJUKDOM**

En litteraturöversikt

**WOMENS' EXPERIENCE OF SYMPTOMS AND SYMPTOM COPING
AT THE ONSET OF CORONARY HEART DISEASE**

A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 150504
Kurs: HT12

Författare:
Ditte Trygg

Handledare:
Monica Rydell
Karlsson
Examinator:
Anna Hansson

SAMMANFATTNING

Hjärt-kärlsjukdom är det största folkhälsoproblemet för både män och kvinnor i Sverige. I hjärtkärlsjukdom inkluderas kranskärlsjukdom (koronarsjukdom), plötslig hjärtdöd, hjärtsvikt, claudicatio intermittens, stroke och övriga hjärtkärlmanifestationer (Schenk-Gustafsson, 2011). Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken för kvinnor över femtiofem år och män över fyrtiofem år i Sverige (Schenk-Gustafsson, 2011). Mortaliteten i hjärt-kärlsjukdomar sjunker i Sverige och kvinnors medelöverlevnad är fortfarande högre än männens, men denna skillnad har minskat då hjärtsjukvården har förbättrats. Kvinnors medelöverlevnad har sjunkit från 84 till 81 år det senaste decenniet medan männens medelöverlevnad har ökat från 75 till 78 år. Antalet hjärtinfarkter hos svenska kvinnor kan komma att öka på grund av livsstilsfaktorer såsom rökning och psykosociala faktorer. Det pågår en diskussion bland forskare om kvinnor får sämre vård än män och om kvinnor upplever symtom annorlunda än män vid kranskärlssjukdom. Studier har visat att kvinnor har längre fördröjning än män för att söka hjälp vid insjuknandet i kranskärlssjukdom.

Syftet var att belysa kvinnors upplevelse av symtom och hur de hanterar dessa symtom i samband med insjuknandet i akut kranskärlssjukdom.

För att få svar på syftet valdes litteraturöversikt som metod. Arton artiklar identifierades och inkluderades i denna litteraturöversikt. Sju av artiklarna hade kvalitativ ansats och elva artiklar hade kvantitativ ansats.

Slutsatsen var att kvinnor upplevde prodromala symtom månader/år innan kranskärlsdiagnosen ställdes och det var ovanligt att kvinnor sökte sjukvård för dessa symtom. Bröstmärta var det vanligaste symtomet hos kvinnor vid insjuknande i kranskärlssjukdom men ospecifika symtom förekom också. Kvinnor upplevde illamående i högre grad än män i detta sammanhang. Kvinnor hanterade symtom på kranskärlssjukdom genom att kontakta anhöriga eller med självmedicinering innan de kontaktade sjukvården, vilket bidrog till fördröjning av vården. Kunskapsnivå, känslomässiga och psykosociala faktorer inverkar på hur kvinnor hanterade symtom på kranskärlssjukdom. Sjukvården och kvinnor behövde ökad kunskap och förståelse angående hur kvinnor upplevde symtom på kranskärlssjukdom och hur kvinnor hanterade dessa symtom.

Nyckelord: kranskärlssjukdom, kvinnor, upplevelse, hantering.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the most common health problem for both men and women in Sweden. Cardiovascular diseases include coronary heart disease, sudden heart death, heart failure, claudicatio intermittence, and stroke. Myocardial infarction is the most common cause of death for women over the age of 55 and men over the age of 45 in Sweden. The mortality of cardiovascular diseases is declining in Sweden and life expectants is still higher for Swedish women compared with men, but this difference has declined since the cardiac health care has improved. The number of myocardial infarctions among women could increase due to life style factors as smoking and psychosocial factors. An ongoing discussion among researchers is taking place whether women receive worse health care quality for coronary heart diseases or if women experience symptoms for coronary heart disease different from men. Studies have been shown that women have longer delay compared to men seeking health care for cardiovascular diseases.

The aim was to illustrate women's experiences and coping of symptoms at the onset of coronary heart disease.

A literature review containing eighteen studies was executed. Eleven of the studies included in this literature review had a quantitative approach and seven of the studies had a qualitative approach.

The conclusion was that women experienced prodromal symptoms (early warning signs) month/years before being diagnosed with coronary heart disease and it was uncommon for women to seek medical attention for these symptoms. Chest pain was the most common symptom among women at the onset of coronary heart disease, however atypical symptoms also occurred. Women experienced nausea more commonly compared with men in this context. Women coped with symptoms of coronary heart disease by contacting spouses or by self medication which contributed to delay of treatment. Degree of knowledge, emotional and psychosocial factors had an impact on how women coped with symptoms of coronary heart disease. The health care system and women needed more knowledge and understanding regarding womens experiences of symptoms of coronary heart disease and how women coped with these symptoms.

Keywords: Myocardial ischemia, women, experience, coping

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kranskärslssjukdom.....	1
Angina pectoris/ NSTEMI/ instabil angina och STEMI	1
Riktlinjer och behandling vid kranskärslssjukdom.....	3
Livsvärld.....	5
Coping	5
Problemformulering	7
SYFTE.....	7
METOD.....	7
Urval.....	7
Genomförande.....	8
Databearbetning	9
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	11
Kvinnors upplevelse av symtom vid insjuknande i kranskärslssjukdom	11
Kvinnors hantering av symtom på kranskärslssjukdom	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats	23
Klinisk tillämpbarhet.....	23
Fortsatt forskning	23
REFRENSER	25

Bilaga 1-Matris

Bilaga 2- Bedömningsunderlag för artiklar

INLEDNING

Hjärt-kärlsjukdom är det största folkhälsoproblemet för både män och kvinnor i Sverige. I hjärtkärlsjukdom inkluderas kranskärlsjukdom (kronarsjukdom), plötslig hjärtdöd, hjärtsvikt, claudicatio intermittens, stroke och övriga hjärtkärlmanifestationer (Schenk-Gustafsson, 2011). Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken för kvinnor över femtiofem år och män över fyrtiofem år i Sverige (Schenk-Gustafsson, 2011). Mortaliteten i hjärt-kärlsjukdomar sjunker i Sverige och kvinnors medelöverlevnad är fortfarande högre än männens, men denna skillnad har minskat då hjärtsjukvården har förbättrats. År 2011 var medellivslängden knappt 84 år för kvinnor och nära 80 år för män (Statistiska centralbyrån, 2015). Det pågår en diskussion bland forskare om kvinnor får sämre vård än män och om kvinnor upplever symtom annorlunda än män vid kranskärlssjukdom. Dessutom har studier visat att kvinnor har längre fördröjning än män för att söka hjälp vid insjuknandet i kranskärlssjukdom.

BAKGRUND

Kranskärlssjukdom

Kranskärlssjukdom, dvs. angina pectoris, instabil angina, non – Q- infarkt och ST- höjningsinfarkt är en vanlig orsak till sjukhusvård i västvärlden. Angina pectoris, instabil angina och non - Q - infarkt har ökat de sista tio till femton åren medan förekomsten av ST- höjningsinfarkt har minskat i Sverige. Socialstyrelsen rapporterar i november 2013 att strax under 30 000 personer drabbades av akut hjärtinfarkt år 2012 i Sverige. Dödligheten bland dem som drabbats av hjärtinfarkt har sjunkit kraftigt de senaste åren. År 2012 dog 26 procent av männen och 30 procent av kvinnorna inom 28 dagar efter hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2013). Hjärtinfarkt hos kvinnor kan komma att öka, framförallt på grund av svenska kvinnors ökande rökvanor och förekomst av latent diabetes. Tidigare blev kvinnor inte inkluderade i forskning angående kranskärlssjukdomar då det länge ansågs att kranskärlssjukdom är en typisk manlig sjukdom. I början av 1990-talet började det läggas mer fokus på kvinnor med kranskärlssjukdom (Schenk- Gustafsson, 2011; Roeters van Lennep, Westerveld, Erkelens & van der Wall, 2001). Schenk-Gustafsson (2011), menar att den svenska kvinnan är unik i världen med hög andel som förvärvsarbetar, samtidigt som de har huvudansvaret för familj vilket inte män har i samma utsträckning. Detta dubbla ansvar leder till stress och kan bidra till ökad förekomst av kranskärlssjukdom hos kvinnor (Schenk-Gustafsson, 2011). Enligt Eikeland, Gimnes och Madsen Holm (2009) är akut koronar syndrom ett samlingsbegrepp som innefattar instabil angina, myokardinfarkt utan ST-höjning (NSTEMI) och myokardinfarkt med ST-höjning (STEMI). Författaren till denna litteraturöversikt kommer att använda det svenska begreppet kranskärlssjukdom i stället för akut koronar syndrom.

Angina pectoris/ NSTEMI/ instabil angina och STEMI

Angina pectoris kan vara stabil oförändrad i månader och år men kan övergå till instabil angina. Stabil angina pectoris definieras som ansträngningsrelaterade bröstsmärtor som har varit oförändrade vad gäller frekvens och styrka i flera månader och år. Instabil angina

karaktäriseras av en försämring av tillståndet med ökad anfallsfrekvens eller att smärtornas intensitet och varaktighet ökar. Smärtorna kan börja uppträda i vila. Utvecklingen av instabil angina beror antingen på reducerad tillgång på blod eller på ökat syrgasbehov i myokardiet, eller båda delarna. Patienter med instabil angina riskerar att utveckla akut hjärtinfarkt t.ex. NSTEMI med myokardnekros och förhöjda hjärtmarkörer som troponin. Vid instabil angina / NSTEMI är inte kranskäret helt tilltäppt, men detta är ett allvarligt tillstånd som ska behandlas akut med mediciner och/eller med Percutan coronar intervention (PCI) och patienten ska övervakas på hjärtintensivavdelning (HIA). Diagnosen instabil angina/NSTEMI ställs kliniskt på basis av patientens symtombeskrivning och anamnes. Ordet symtom betyder sjukdomstecken som patienten själv upplever, till skillnad från kliniska tecken som bara kan observeras av andra (Collin, 2005). Symtom som obehag/ tryck över bröstet, under bröstbenet, i mellangärdet eller bak i nacken kan förekomma. Smärtor som utlöses av ansträngning och som lindras av vila kan tyda på syrebrist i hjärtmuskeln. Andra symtom på syrebrist i hjärtmuskeln kan vara svettning, blek/kall hud och snabb puls samt EKG-förändringar som ST-sänkning och T-negativitet. Retrosternala (bakom bröstbenet) bröstsmärtor är ofta dominerande symtom. Typiska ischemiska smärtor är icke andningsrelaterade och beskrivs ofta som kramande eller svidande, mer sällsynt som stickande. Illamående är vanligt och patienter med kranskärlssjukdom är ofta ängsliga och ångestfyllda, vilket kan leda till ökad smärtupplevelse. Det förekommer att patienter inte har smärtor i bröstet i samband med hjärtinfarkt utan dyspnoe och diffusa symtom som allmän svaghet yrsel och synkopé (avsvimning) kan förekomma. Personer med diabetes kan ha tysta infarkt dvs. de har inte upplevt smärta i samband med insjuknandet i kranskärlssjukdom. Undersökningar som kan göras för att verifiera diagnosen instabil angina/NSTEMI är ultraljud av hjärtat, angiografi (kranskärlsröntgen), EKG, och hjärtmarkörmätning t.ex. troponin. NSTEMI- diagnosen ställs om hjärtmarkörerna ger utslag (Eikeland, Gimnes & Madsen Holm, 2009).

Akut STEMI dvs. myokardinfarkt med ST-höjning är en följd av att aterosklerotiska plack blockerar kranskäret så att blodflödet upphör till en del av hjärtat. Efter ca åtta sekunder har hjärtcellerna i det drabbade området förbrukat sin syrgasreserv. Efter 60 sekunder ses EKG-förändringar och om blodflödet inte återupprättas inom 30 minuter kommer celldöd i hjärtmuskeln (dvs. infarkt) att uppstå (Eikeland, m.fl., 2009).

Risikfaktorer för kranskärlssjukdom

Roeters van Lennep, Westerveld, Erkelens och van der Wall (2001) nämner bl.a. att förhöjda blodfetter, förekomst av diabetes, rökning, fetma, högt blodtryck ärftliga faktorer och psykosociala faktorer kan öka förekomsten av kranskärlssjukdom. Dessa faktorer påverkar kvinnor och män lika. Rosengren, m.fl. (2004) preciserade följande modifierbara riskfaktorer för hjärtinfarkt: rökning, diabetes, bukfetma, matvanor, fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion, högt blodtryck, blodfetter och psykosociala faktorer. Shimamoto m.fl. (2013) menar att ålder, kön, blodfettsubbning, diabetes mellitus och kvoten mellan underhudsfett/bukfetma är faktorer som påverkar förekomsten av kranskärlsförträngning. Enligt Schenk- Gustafson (2011) är förekomsten av hjärtkärlsjukdomar signifikant lägre hos kvinnor innan klimakteriet jämfört med de kvinnor som har genomgått menopaus då det som är unikt för kvinnor att deras hormonella status påverkar förekomsten av hjärtkärlsjukdomar.

Brown, Stewart, Stump och Callahan (2011) undersökte om depression kan vara en riskfaktor för att drabbas av kranskärlssjukdom. Dessa författare fann att äldre (> 60 år) med betydandedepressiva symtom och som inte hade någon tidigare diagnos på kranskärlssjukdom drabbades i större utsträckning av kranskärlssjukdom över en 15-årsperiod. Personer som

hade depression hade 1,5 gånger ökad risk för att drabbas av kranskärlssjukdom än de som inte hade depression.

Riktlinjer och behandling vid kranskärlssjukdom

Enligt Eikeland, m.fl. (2009) ska patienter med bröstsmärta alltid behandlas som infarktpatienter tills motsatsen har bevisats, vilket innebär sängläge och smärtstillande (Morfin), nitroglycerin samt syrgas, antiemetika efter behov och ordination (Stockholms läns landsting, 2011). Målet med behandlingen är att reducera patientens symtom, stoppa den aterosklerotiska processen, minska behovet för revaskularisering och förebygga/begränsa hjärtinfarkter och utveckling av hjärtsvikt samt förhindra plötslig hjärtdöd. Behandling av kranskärlssjukdom går ut på att reducera storleken på skadan på hjärtmuskeln genom reperfusion behandling antingen med PCI eller trombolys samt läkemedel som hämmar trombocyternas funktion och därmed förhindrar att blodkoagel täpper till de trånga kranskärlen. STEMI ska behandlas med reperfusion d.v.s. akut koronar angiografi (PCI) eller trombolys dvs. behandling där ett läkemedel ges intravenöst i hänsikt att lösa upp den blodpropp som täpper till kranskäret (Eikeland, m.fl. 2009; Stockholms läns landsting, 2012).

Sjuksköterskans roll vid kranskärlssjukdom

Enligt Eikeland, m.fl. (2009) ska sjuksköterskan observera patienters inlagda på sjukhus för kranskärlssjukdom vitala symtom kontinuerligt med tanke på arytmier och hjärtsvikt. Anamnes tas upp om patientens tillstånd tillåter det. Åtgärder med tanke på välbefinnande inriktas främst på patientens subjektiva besvär dvs. sjuksköterskan skall behandla bröstsmärtor, illamående och ångslan/ ångest. Sjuksköterskan måste kunna bedöma om patienten behöver ångestdämpande medicin då ångest förstärker patientens upplevelse av smärta och effektiv smärtlindring/ångestdämpning kan bidra till att reducera infarktens utbredning. Dessutom kan sömnproblem förebyggas genom att minska ångest. Depression är vanligt i samband med hjärtinfarkt, särskilt hos kvinnor. Sjuksköterskan bör informera patienten om att detta kan förekomma. Vid insjuknandet i kranskärlssjukdom är anhörigas stöd viktigt för patienten, så en viktig uppgift för sjuksköterskan är att ge emotionellt stöd till både patient och närstående. Eftersom undervisning, vägledning, och beteendeförändring är centrala faktorer vid rehabilitering av hjärtinfarktpatienter och dessa patienter behöver kunskap om sin sjukdom och vad som orsakar den är en betydelsefull uppgift för sjuksköterskan på hjärtintensiven är att ge information i dessa ämnen. Patienterna behöver dessutom kunskap om den farmakologiska behandlingen de får i samband med kranskärlssjukdom och de behöver få insikt i varför en livsstilsförändring är viktig i detta sammanhang. I en studie från år 2007 har Smith och Liles undersökt vad patienter som genomgått hjärtinfarkt önskar att få information om innan de skrivs ut från sjukhus. De ämnen som patienterna rankade högst som viktiga att få information om var, vad ska de göra om de reagerar på en medicin, när ska medicineringen upphöra, hur ska komplikationer efter hjärtinfarkt upptäckas, hur ska komplikationer efter hjärtinfarkt undvikas och varför de olika medicinerna ska tas. Biomedicinska frågor rankades högre än psykosociala frågor i denna studie, antalet patienter som deltog i studien var 20 stycken varav endast tre var kvinnor. På Hjärtintensiven kan patientens förmåga att ta till sig information vara reducerad på grund av stress och smärta. När patientens bröstsmärtor är under kontroll kan undervisning till patient och anhörig ges. Ämnen som kan vara aktuella att ge information om är riskfaktorer för kranskärlssjukdom, symtom och kliniska tecken på kranskärlssjukdom, när det kan vara aktuellt att kontakta läkare, mediciner samt hantering av känslor och stress (Urden, Stacy & Lough, 2006).

Sjukvårdspersonals förförståelse påverkar kvinnors behandling vid insjuknande i kranskärlssjukdom

Det framgår av studier att kvinnor inte får rätt behandling när de söker sjukvård för symtom som skulle kunna vara kranskärlssjukdom, vilket kan bero på att sjukvårdspersonal kan ha en förförståelse om att det bara är män som får kranskärlssjukdom (Mundt Ottesen, Dixen, Torp-Pedersen & Köber, 2003). Kvinnor hade högre doctors delay (läkarfördröjning) jämfört med män menade dessa författare. Konklusionen i denna studie var att sjukvårdspersonal undervärderar risken för kranskärlssjukdom hos kvinnor och bidrar därmed till att fördröja tiden från symtomdebut till behandling. McSweeney, Lefler och Crowder (2005) rapporterade i sin studie som innefattade kvinnor som fått diagnosen hjärtinfarkt, att flera kvinnor i studien upplevde att de inte blev tagna på allvar när de sökte sjukvård för sina symtom. Några kvinnor fick utskrivet recept på lugnande medicin i stället för behandling för kranskärlssjukdom. Flera kvinnor sökte läkare upprepade gånger och fick diagnoser som oro, depression, magåkomma, hiatusbråck, artrit, högt blodtryck. Utav de 40 kvinnor som deltog i studien blev endast fyra undersökta med EKG innan de fick diagnosen kranskärlssjukdom. De kvinnor som hade typiska symtom fick bättre behandling på akuten än de som hade atypiska symtom. Arslanian-Engoren (2009) har undersökt sjuksköterskors triagering (prioritering) när kvinnor söker akutsjukvård för symtom som skulle kunna vara hjärtinfarkt. Slutsatsen från studien var att sjuksköterskorna hade god kunskap angående skillnader i symtombild som kvinnor och män kan uppvisa vid hjärtinfarkt. Några sjuksköterskor hade fördomar/förförståelse att kvinnor inte får hjärtinfarkt i samma utsträckning som män, vilket kunde göra att vården blev fördröjd för kvinnor som sökte hjälp för hjärtinfarkt.

Läkare missar kvinnors kranskärlsdiagnos

Masjerejan, Link, Lutfey, Marceau och McKinlay (2009) rapporterade att läkare var mer osäkra på orsaken till bröstsmärtor hos kvinnliga patienter oavsett patientens ålder. Bland medelålders kvinnor var läkarna signifikant mindre säkra på om patienten hade en kardiovaskulär diagnos. Trettioen procent av patienterna i den här gruppen fick en psykisk hälsodiagnos jämfört med manliga patienter som fick den diagnosen i femton procent.

Skillnader i behandling och vårdresultat hos män och kvinnor vid kranskärlssjukdom

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2§ är målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Enligt Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsens publikation, Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, behandlas fler män än kvinnor med kranskärlsröntgen, PCI i samband med icke ST-höjningsinfarkt. Under år 2010 kom kranskärlsröntgen ifråga för 82 procent av patienterna i Sverige, 77 procent av kvinnorna och för 84 procent av männen. Detta faktum förklaras med att kvinnor är äldre vid insjuknandet än männen. Även utfallet dvs. överlevnad/ mortalitet påverkas av att kvinnorna är äldre än männen vid insjuknande i kranskärlssjukdom (Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen, 2011). Roeters van Lennep m.fl. (2001) och Schenck- Gustafsson (2011) menade att kvinnor med kranskärlsjukdom tidigare inte inkluderades i forskning då det länge ansågs att hjärtkärlsjukdomar var en typisk manlig sjukdom. I början av 1990-talet började det läggas mer fokus på kvinnor med kardiovaskulära sjukdomar.

Det råder oenighet bland forskare om det finns skillnader i behandling och vårdresultat mellan kvinnor och män med kranskärlssjukdom. Sadowski m.fl. (2011) fann ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män med STEMI vad gäller symtombild och behandling. Bangalore m.fl. (2012) rapporterade att hos patienter med STEMI hade gruppen unga

patienter d.v.s. <45 år och gruppen mycket unga patienter d.v.s.<35 år var vårdkvaliteten signifikant sämre och dödligheten högre hos kvinnorna jämfört med männen vid kranskärslssjukdom. Sjoerd, Nauta, Deckers, van Domburg och Martijn Akkerhuis (2012) menade att både kvinnor och män som behandlats för hjärtinfarkt har haft samma fördelar av den evidensbaserade vård som har utvecklats och implementerats under åren 1985 till 2008. Otten m.fl. (2012) och De Luca m.fl. (2013) menade att skillnaderna i dödligheten mellan män och kvinnor som genomgått PCI (kranskärslsröntgen) efter STEMI kan relateras till ålder. Kvinnor hade högre dödlighet beroende på att de är äldre och därmed har högre förekomst av bl.a. diabetes och hypertoni menade dessa författare. Johnston m.fl. (2013) menade att akut reperfusionsterapi (trombolys eller PCI) används mer sällan till kvinnliga patienter med STEMI jämfört med män med STEMI. Detta gällde både yngre (under 60 år) och äldre (över 60 år) kvinnor. Golden, Chang och Judd (2013) fann i sin studie att kvinnor som söker akutsjukvård för symtom på kranskärslssjukdom i lägre grad blir undersökta och genomgår tester och får rådgivning i lägre grad jämfört med män som söker akutsjukvård för kranskärslssjukdom. Även vad gäller eftervården vid kranskärslssjukdom råder det oenighet bland forskare. Jankowski m.fl. (2013) rapporterade att de inte fann någon skillnad mellan könen vad gäller uppnådda behandlingsmål i eftervården av patienter med kranskärslssjukdom medan Koopman, Heintjes, Spiering, van Dis, Herings och Bots (2013) rapporterade att både den farmakologiska sjukhusbehandlingen och eftervården för unga kvinnor (25-65 år) och äldre kvinnor (> 65år) med kranskärslssjukdom behöver förbättras.

Livsvärld

Med livsvärld menas det sätt vi förstår oss själva med, alla andra och allt annat i världen och kan förklaras som världen så som den upplevs vilket är unikt för var och en av oss. Livsvärlden har ingen egen existens, kan inte särskiljas från den människa som den betecknar, och är svår att urskilja med sinnena. Livsvärlden har kroppen som fast punkt. Då medicinen relaterar till kroppen som en biologisk tingest kan vårdvetenskapen förstå kroppen som ett subjekt, något som har erfarenhet, som är levd. Den levda kroppen är fylld av minnen, erfarenheter, upplevelser, tankar, känslor och visdom och är meningskapande och meningsbärande. Kroppen kan aldrig lämnas och intar därför en särställning, den upplevs konstant och är det medium genom vilket vi förstår oss själva och kan nå ut till resten av världen. Varje person” är sin kropp”. För att kunna hjälpa människor, måste vårdandet bygga på insikten om hur sjukdomen påverkar upplevelsen av mening och sammanhang för just den individen och hur den påverkar hennes/hans vardag. Patientperspektiv och livsvärld hör ihop och innefattar även närstående och vårdarens perspektiv, i patientens värld sker vårdandet alltid i ett sammanhang (Dahlberg & Segesten, 2010).

Coping

Enligt Lazarus och Folkman (1984) definieras coping som realistiska och flexibla tankar och problemlösande handlingar med syfte att minska stress. Definitionen av coping måste även inkludera ansträngningar att hantera stressfulla krav utan att ta hänsyn till resultatet. Coping kan inte likställas med att bemästra en stressfull situation då många stressfulla situationer inte kan bemästras, utan effektiv coping under sådana förhållanden är den strategi som tillåter personen att tolerera, minimera, acceptera eller ignorera det som inte går att bemästra, menar dessa författare .

Copingstrategier

Copingstrategier är beteckningen på de åtgärder som en person vidtar för att hantera en svår situation (Brattberg, 2008). De syftar till att hantera själva situationen, att förändra uppfattning om situationen t.ex. genom att förneka, avskärma sig eller tänka om, eller att kontrollera stressande känslor. Det skiljs huvudsakligen på tre olika copingstrategier.

Problemfokuserad coping, känslufokuserad coping och undvikandestrategier.

Problemfokuserad coping koncentrerar sig på att lösa problem och innefattar strategier för att samla information, fatta beslut, planera och lösa konflikter med syfte till att lösa problem och uppnå mål. Om det inte går att uppnå mål kan copingstrategierna gå över till känslufokuserad coping. Den känslufokuserade copingen handlar om att hantera de egna känslorna. I detta ingår att lära sig att acceptera situationen och omvärdera den och kan vara ändamålsenligt vid kronisk sjukdom. Undvikandestrategier fungerar bättre på kort sikt än på lång sikt och bättre i okontrollerbara situationer än i kontrollerbara situationer. Det är vanligt att börja med att använda undvikandestrategier för att senare våga möta problemet med en närmandestrategi (Brattberg, 2008). Exempel på olika copingstrategier är att förneka svårigheterna, att undvika svårigheterna, att möta svårigheterna, att ta kontroll över sig själv, att söka socialt stöd, att ta ansvar, att planera hur problem ska lösas, att tolka situationen positivt, att acceptera situationen och gå vidare i livet (Brattberg, 2008; Lazarus & Folkman, 1984). Vilken strategi som används beror på situationen och individen, personlighet, eller tidigare erfarenheter, personliga resurser, hälsorelaterade faktorer, den sociala och fysiska omgivningen, kognitiva insikter och aktuellt stämningsläge (Brattberg, 2008; Lazarus & Folkman, 1984). Kvinnor reagerar mer känslomässigt än män. Män är oftast mer analytiska och uppgiftsorienterade i jämförelse med kvinnor. Kvinnor söker oftare stöd än män. Högutbildade är oftare problemfokuserade. Optimister söker oftare socialt stöd vid problem, medan pessimister reagerar med ilska, förnekelse, eller resignation (Brattberg, 2008). I en Svensk studie från år 2009 har Brink, Persson och Karlsson med hjälp av ett frågeformulär, the general coping questionnaire (GCQ), undersökt copingstrategier hos patienter som fått diagnosen hjärtinfarkt. Fem positiva och fem negativa dimensioner mättes. De positiva dimensionerna som mättes var självtillit, problemlösande handlingar, förändrade värderingar, socialt stöd och bagatellisering. De negativa dimensionerna var fatalism, resignation, protest, isolation och svårigheter med att hålla distans till sjukdomen. En copingstrategi som är positiv i ett sammanhang kan vara negativ i ett annat sammanhang menar dessa författare.

Faktorer som påverkar copingförmåga

Det sociala nätverket, dess resurser och förväntningar har betydelse på copingförmågan. Ett stödjande nätverk ökar självtilliten, relationer med andra kan minska den traumatiska stressen. Frånvaron av en stödjande partner kan försämra en individs copingförmåga menar Brattberg (2008). Det sätt på vilken individen uppfattar sin kris, vad individen tror om orsaken till sjukdomen och prognosen har betydelse för detta. Den som ser det aktuella tillståndet som förväntat, kontrollerbart och möjligt att förändra har större möjlighet att bemästra det, medan den som ser det som skett som ett hot försöker reagera med undvikandebeteende. Individer som har såväl medicinska som psykiska problem har ofta sämre copingförmåga menar Brattberg (2008). De söker ofta hjälp senare, litar inte på vården, klarar inte av att följa behandlingsprogram samt har mindre socialt stöd. De som är pessimistiska eller deprimerade grubblar mer på problem än tar itu med dem och löser dem. Tidsförloppet, hur snabbt en sjukdom har uppstått, lokaliseringen och allvarlighetsgraden av sjukdomen, har betydelse för val av copingstrategi och copingförmåga (Brattberg, 2008). För att försöka förklara skillnader i hur individer hanterar sjukdom/annan stressor dvs. befrämjar hälsa och motverka ohälsa har Antonowski (2001), skapat uttrycket känsla av sammanhang (KASAM). Begreppet KASAM innefattar delbegreppen; hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. En person med en

stark KASAM har en tendens att tolka en stressor som mindre konfliktfylld eller ofarlig än en person med svag KASAM. En person med stark KASAM har en bakomliggande tillit att saker och ting kommer att ordna sig och upplever sig ha de resurser som behövs för att handskas med olika situationer. Med sin förmåga att hantera spänning, kan en person med stark KASAM ha förmåga att förbättra sin hälsa genom att uppvisa adaptiva hälsobeteenden i högre grad än en person med svag KASAM (Antonowski, 2001).

Problemformulering

Hjärtsjukdomar är ett globalt folkhälsoproblem och är en vanlig orsak till att söka sjukvård. Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken för män över fyrtiofem år och för kvinnor över femtiofem år i Sverige. Antalet hjärtinfarkter hos svenska kvinnor kan komma att öka på grund av livsstilsfaktorer såsom rökning och psykosociala faktorer. Det pågår idag en diskussion bland forskare om kvinnor får sämre vård än män och om kvinnor upplever symtom annorlunda än män vid kranskärslsjukdom (Sadowski m.fl., 2011; Bangalore m.fl., 2012; Sjoerd, Nauta, Deckers, van Domburg & Martijn Akkerhuis, 2012). Före 1990-talet inkluderades inte kvinnor i studier angående kranskärslsjukdom (Schenck- Gustafsson, 2011; Roeters van Lennep, Westerveld, Erkelens & van der Wall, 2001). Studier har visat att kvinnor har längre fördröjning än män för att söka hjälp vid insjuknandet kranskärslsjukdom. (O'Donnell m.fl., 2006; Lövlén, 2005; Isaksson m.fl., 2013). Hur upplever kvinnor symtom på kranskärslsjukdom och hur hanterar kvinnor de symtom som de upplever?

SYFTE

Syftet var att belysa kvinnors upplevelse av symtom och hur de hanterar dessa symtom i samband med insjuknandet i akut kranskärslsjukdom.

METOD

För att få svar på syftet valdes litteraturoversikt som metod. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är avsikten med en litteraturoversikt att få en överblick över redan befintligt forskningsresultat inom ett ämne, undersökningsfältet är tidigare dokumenterad kunskap och frågeställningarna ställs till befintlig, vetenskaplig litteratur. Efter att forskningsresultaten har insamlats ska de olika studierna som är med i litteraturoversikten granskas, och skillnader och likheter i resultaten av studierna ska identifieras. Kriterier för en litteraturoversikt är enligt Forsberg och Wengström (2008) bl.a. en klart formulerad frågeställning, tydligt beskrivna kriterier för sökning och urval av artiklar, studierna ska vara kvalitetsbedömda och svaga studier uteslutna.

Urval

Inklusionskriterier för denna litteraturoversikt var artiklar som var publicerade på engelska och som handlade om kvinnors över 19 år upplevelse av symtom samt/eller hantering av symtom i samband med insjuknande i hjärtinfarkt, instabil angina eller angina pectoris publicerade mellan åren 2004 till 2014. Både kvalitativa studier och kvantitativa studier inkluderades. Artiklarna skulle dessutom vara vetenskapligt granskade och tillstånd från etisk kommitté skulle ha inhämtats för studierna. Filters som användes var: Abstract available, Ten

years, humans, English, female, adults+19 år. Exkluderade artiklar presenterades i tabell 2. Reviewartiklar exkluderades genom att använda den booleriska operatoren NOT tillsammans med review.

Genomförande.

Sökningen genomfördes 2014-02-14. Artiklar söktes i databasen PubMed och CINAHL. Inga artiklar hittades i CINAHL som svarade på syftet. Litteratursökningen genomfördes i tre steg enligt Polit och Beck (2012). Booleriska operatörer användes i databasen PubMed för att antingen expandera eller begränsa antalet artiklar som kom med i sökningen. Operatoren AND begränsar sökningen då dataprogrammet då endast tar fram artiklar som innehåller bägge sökorden. Operatoren OR expanderar sökningen då dataprogrammet då tar fram artiklar som innehåller antingen det ena eller det andra sökordet. Operatoren NOT begränsar sökningen. I denna litteraturöversikt användes operatoren NOT för att få ned antalet artiklar i sökningen till under hundra. Vid en första granskning av artiklarnas rubriker sågs att artiklarna som kom med i sökningen handlade om t.ex. pregnancy. Genom att använda NOT pregnancy kunde antalet artiklar minskas från 5516 till 5408 artiklar (tabell 1). Trunkeringsymboler användes dvs. en asterix ersätter ändelser av ett ord som enligt Polit och Beck, 2012 expanderar en sökning att innehålla alla former av ett ord. Sökord som användes presenterades i tabell 2.

MeSH termer är en kontrollerad vokabulär som används i databasen Pub Med och används för att inhämta artiklar som använder olika termer för samma innehåll. MeSH subjekt headings kan användas. MeSH-termin Myocardial Ischemia användes, samt sökorden AND woman, NOT pregnancy AND experience* i olika former. Subjekt headings valdes att inte användas. Restrict to MeSH major topic användes vilket gav 280 496 träffar.

Tabell 1. Sökningen i PubMed 140214 gav följande resultat.

Myocardial Ischemia (MeSH-term) gav 280 469 träffar

AND women*	5516
NOT pregnancy	5408
AND experience*	382
NOT cardiomyopathy	377
NOT hormone*	366
NOT stroke	314
NOT diet	305
NOT depression	277
NOT surgery	212
NOT "risk factor"	202
NOT angiography	163
NOT obesity	152
NOT review	141
NOT cholesterol	127
NOT "heart- failure"	119
NOT rehabilitation	100
NOT diabeti*	95

Utav dessa 95 artiklar valdes 17 artiklar som svarade på syftet.

En artikel kom inte med i denna sökning, men har kommit med som relaterad studier vilket gav 18 artiklar som inkluderades i studien och som presenteras i matrisen (Bilaga 1).

Tabell 2. Exkluderade artiklar

Artiklar som handlar om:	Antal:
Vårdresultat outcome/mortalitet	10
Läkares uppfattning / ssk triager	3
Resultat av undersökningar MR/scintigrafi	5
Cardiogen chock /vänsterkammarmfunktion	2
Patienter från Asien/arabvärden	4
Rasskillnader	4
Mätmetoder/blodprover	3
Förkalkning av kärl/plackläkning	2
Effekt av utbildning/kunskap	4
Följsamhet av medicinering	1
Livet efter/med ischemisk hjärtsjukdom /relation med makar	10
Läkemedelseffekt /östrogebehandlning	7
Nedgång i inläggningar på sjukhus/patienttillfredställelse vid mottagning på akuten.	2
Fördröjning av behandling / kvinnors upplevelse av vårdpersonal	7
Barndomens effekt på hälsa	1
Kvinnors uppfattning av riskfaktorer / riskfaktorer	6
Hjärtinfarkt efter vaccination	1
Träning som orsak till myokard ischemi	2
Könsskillnader på hur patienter beskriver symtom	1
Hur patienter tolkar symtom påverkas av andra sjukdomar	1
Stress/stresstest	2
Summa	78

Arton artiklar identifierades och inkluderades i denna litteraturöversikt. Först läses artikelns titel för att kunna avgöra om artikeln var relevant för studiens syfte och inklusionskriterier. Därefter lästes artikelns abstract för att kunna avgöra om artikeln kunde svara på någon eller båda delarna av denna litteraturöversikts syfte. Efter detta lästes de utvalda artiklarna i sin helhet.

Databearbetning

Resultatdelen i de utvalda artiklarna lästes igenom noggrant. De delarna av artiklarna som fördes in i matrisen översattes från engelska till svenska. Författaren av denna litteraturöversikt har inspirerats av Lundman och Hällgren Graneheim (2012) vid arbetet med att skapa dessa underrubriker. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) på tolkning av texter och används bl.a. i vårdvetenskap. Tolkning kan ske på olika abstraktionsnivåer. Den metodologiska ansatsen kan vara både deduktiv och induktiv. Deduktiv ansats kan vara tolkning utifrån ett i förväg utarbetat kodningschema, baserat på en modell eller teori. Induktiv ansats innebär en mer förutsättningslös analys av texter. Författaren av denna litteraturöversikt har valt en induktiv ansats i symtomdelen

eftersom kvinnor tidigare inte blev inkluderade i forskning angående kranskärslssjukdom, det är männens symtom som är beskrivna i läroböcker menade bl.a. Schenk – Gustafsson, 2011 och deduktiv i hanteringsdelen av resultatet och använt Brattbergs (2008) indelning av copingstrategier som inspiration för att hitta underrubriker till denna del. (Tabell 3) I varje text finns ett manifest innehåll och ett latent budskap. Det manifesta innehållet är det textnära, uppenbara innehållet och uttrycks på ett beskrivande sätt i form av kategorier. När detta arbete var gjort kunde texten sorteras in i underrubriker som skapades utifrån dessa kategorier. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är det forskaren (i detta fall studenten) som väljer på vilken abstraktionsnivå resultatet ska presenteras beroende på ämnets karaktär, studiens syfte och hur resultatet kan komma att användas. Författaren av denna litteraturöversikt har valt kategorier-/underrubriker utifrån det manifesta/ uppenbara textinnehållet. Underrubriker var de ämnen som återkom i artiklarna och som svarade på syftet. Flera av artiklarna i denna litteraturöversikt har jämfört kvinnors och mäns symtom vilket gjorde att den underrubriken användes. Övriga underrubriker som användes var; prodromala symtom (tidiga varningstecken), klassiska symtom på kranskärslssjukdom, atypiska/ospecifika symtom samt symtom som inte stämmer med kvinnors förståelse av symtom. Resultatdelen som handlade om coping bearbetades deduktivt. Deduktiv ansats kan vara tolkning utifrån ett i förväg utarbetat kodningschema, baserat på en modell eller teori. Resultatdelen copingstrategier delades in i problemfokuserad coping, känslfokuserad coping och undvikandestrategier då det enligt Brattberg (2008) huvudsakligen skiljs på tre olika copingstrategier; Problemfokuserad coping, känslfokuserad coping och undvikandestrategier. Underrubriker presenterades i denna litteraturöversikt i ordningen, undvikande strategier, känslfokuserade strategier och problemlösande strategier (Tabell 3).

Värdering av artiklar

Resultatets artiklar presenterades i en matris och granskades med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet (Bilaga 2). Willman, Stoltz och Bahtevsani (2006) och Berg, Dencker och Skärsäter (1999) användes för redovisning och sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar. Den undersökningsmetod som används i respektive studie påverkar bedömningen av den vetenskapliga kvaliteten på de studier som inkluderas i granskningen. Urvalsförfarande, undersökningens storlek, de instrument som använts, och studiens resultatmått (outcome). Randomiserade studier, dvs. studier där deltagarna slumpmässigt har lottats till experiment respektive kontrollgrupp (RTC) anses vara av hög kvalitet, då risken för systematiska fel (bias) och missvisande resultat är mindre än i andra typer av studier. En prospektiv (framåsyftande) studie anses ha högre tillförlitlighet än en retrospektiv (bakåtsyftande) studie. Kontrollerade studier föredras framför okontrollerade, studier med stora undersökningsgrupper bedöms ha högre bevisvärde än studier med små grupper. Alla ovanstående beskrivna metoder är kvantitativa. Vid värdering av kvalitativa studier värderas studierna efter, om syftet är tydligt angivet, om kvalitativ metod är lämplig för att uppnå detta syfte, om urvalsstorleken är lämplig, om urvalsstrategin är lämplig utifrån syftet, miljön, datainsamlingsmetod, dataanalys, tillförlitlighet av dataanalys, om forskarens egen roll har diskuterats samt om resultatet verkar rimligt och välgrundat (Willman, m.fl., 2006).

Forskningsetiska övervägande

Enligt Forsberg och Wengström (2013) bör etiska övervägande vid en forskningsöversikt göras angående urval och presentation av resultat. Studier som fått tillstånd från etiska kommittéer eller där noggranna etiska övervägande har gjorts bör väljas, alla artiklar som

ingår i litteraturöversikten bör redovisas, alla resultat som stöder respektive inte stöder eventuell hypotes eller författarens till forskningsöversikten åsikt ska redovisas. Enligt SOU 1999:4 God sed i forskningen definieras oredighet i forskningen som att forskare avsiktligt och på ett vilseledande sätt gör avsteg från de vetenskapliga kraven på något av följande sätt: fabricering av data eller resultat, stöld eller plagiering av data eller resultat, annan förvrängning av forskningsprocessen genom felaktig användning av metodik, genom ohederlig inklusion eller exklusion av data eller genom bedräglig analys av data som avsiktligt förvränger tolkningen (SOU 1999:4 God sed i forskningen). Författaren av denna forskningsöversikt har inte avsiktligt falsifierat eller fabricerat något material.

RESULTAT

Totalt 18 artiklar valdes att inkluderas i denna litteraturöversikt. Elva av artiklarna var kvantitativa och jämförde kvinnors och mäns symtom och /eller hantering av symtom, Sju artiklar var kvalitativa intervjustudier. Resultatet presenterades i texten i denna litteraturöversikt under två huvudrubriker. Varje huvudrubrik delades upp i underrubriker.

I resultatdelen har texten presenterats under rubriker för att svara på syftets två delar, upplevelse av symtom och hantering av symtom (Tabell 3).

Tabell 3. Rubriker som användes i resultatdelen.

Huvudrubrik:
Kvinnors upplevelse av symtom vid insjuknande i kranskärslsjukdom
Underrubriker :
<u>Prodromala symtom (tidiga tecken på kranskärslsjukdom) hos kvinnor</u>
<u>Skillnader i symtom mellan män och kvinnor vid insjuknande i kranskärslsjukdom</u>
<u>Klassiska symtom vid kranskärslsjukdom</u>
<u>Atypiska symtom</u>
<u>Symtom som inte stämmer med kvinnors förförståelse/förväntning av symtom vid kranskärslsjukdom</u>
Huvudrubrik:
Kvinnors hantering av sina symtom på kranskärslsjukdom (copingstrategier)
Underrubriker:
<u>Undvikandestrategier som bortförklaring/förnekande/bagatellisering</u>
<u>Känslfokuserad coping</u>
<u>Problemlösande coping som att söka socialt stöd</u>

Kvinnors upplevelse av symtom vid insjuknande i kranskärslsjukdom

Prodromala symtom (tidiga tecken på kranskärslsjukdom) hos kvinnor

I flera studier beskrev kvinnor att de upplevde prodromala symtom månader och upp till ett år innan insjuknandet i hjärtinfarkt (Graham, Westerhout, Kaul, Norris & Armstrong, 2008; Lockyer, 2004; Lövlien, Schei & Gjengedal, 2005; Lövlien, Johansson, Hole & Schei, 2009). Symtom i dessa studier kunde yttra sig som trötthet, trånghets känsla i bröstet samt domningar i armar och käkar.

Skillnader i symtom mellan män och kvinnor vid insjuknande i kranskärslssjukdom

Kvinnor med STEMI hade upplevt illamående, svettningar, hjärtklappning och trötthet i samband med insjuknandet i kranskärslssjukdom i högre grad jämfört med män med samma diagnos fann Lövlien m.fl. (2006). Kvinnor upplevde smärtor i armar, rygg, käkar och hals, svettningar och hjärtklappning i större utsträckning jämfört med män vid insjuknandet i kranskärslssjukdom (Lövlén m.fl., 2005). Berg m.fl. (2009) kunde rapportera att bröstsmärtor var vanligast symtom hos både män och kvinnor vid hjärtinfarkt och att inte någon könsskillnad kunde uppvisas vad gäller smärtor i armar och axlar, smärtor i halsen/käkar, kallsvett, trötthet, andnöd magsmärter, kräkning, eller syncopé (avsvalnad) vid insjuknandet i kranskärslssjukdom. Kvinnor hade högre förekomst av illamående i samband med hjärtinfarkt jämfört med män fann Lövlien m.fl.(2005); Berg m.fl. (2009) samt O'Donell m.fl. (2012). Kvinnor upplever inte bröstsmärtor som symtom på kranskärslssjukdom i samma utsträckning som män vid insjuknandet i kranskärslssjukdom fann Chen, Woods, Wilkie och Puntillo (2005); Lövlien m.fl. (2006) samt King och McGuire (2007). Andfåddhet, som enda symtom, hjärtklappning, ryggsmärter, smärtor i hals och käke, trötthetskänsla samt oro upplevs oftare av kvinnor än av män i samband med insjuknande i kranskärslssjukdom menade O'Donell m.fl. (2012).

Klassiska symtom vid kranskärslssjukdom

Arslanian-Engoren (2005) rapporterade att fyra av kvinnorna i denna studie upplevde att smärtorna började stråla ut i vänster arm, vilket gjorde att kvinnorna förstod att det var symtom på hjärtinfarkt. Flertalet av kvinnorna förnekade att de upplevde bröstsmärter eller som om någon slog eller gick på bröstet. Endast tre kvinnor av tio upplevde bröstsmärter vid insjuknandet i kranskärslssjukdom. Gallagher, Marshall och Fisher (2010) fann att alla kvinnorna i deras studie till slut upplevde klassiska symtom på hjärtinfarkt inkluderat bröstsmärter, intensiteten på smärtorna kunde dock variera från mild till allvarlig. O'Donell (2012) menade att bröstsmärter var det vanligaste symtomet vid insjuknande i kranskärslssjukdom hos kvinnor. Isaksson m.fl. (2013) fann att kvinnorna i deras studie upplevde ett flertal symtom under och före hjärtinfarkten såsom spänningar, trånghetsänsla och smärta i halsen.

Atypiska symtom

Arslanian-Engoren (2005) rapporterade att sju av kvinnorna i studien hade känt sig trötta i en längre tid före insjuknandet i kranskärslssjukdom, upplevde smärter i magtrakten, ömhet i hela kroppen, gurgling i bröstet vid inandning, kände sig obekväma, hade svårt att slappna av, samt upplevde smärter mellan skulderbladen som strålade ut mot armbågarna. De kvinnor som hade mer än tre timmars fördröjning med att söka sjukvård uppgav att andnöd var det som fick dem att påskynda beslutet att söka akutsjukvård. Illamående var vanligaste symtom i Albarrans (2007) studie. Kvinnorna beskrev sina symtom, som att, det var inte så ont som att föda barn, mer som tyngdkänsla och obehag i ryggen. Ovanlig trötthet var ett av de subtila symtom som kvinnorna i studien upplevde. Kvinnorna i denna studie beskrev symtom som obehag, inte smärta i bröstet. Vidare framkom att kvinnor kan uppleva flera symtom veckor till timmar före eller som en del av den akuta hjärtepisoden såsom andfåddhet. Att kvinnor kunde uppleva symtom som vaga och tvetydiga kunde även Gallagher, Marshall och Fisher (2010) samt Isaksson m.fl. (2013) rapportera. Kvinnor upplevde yrsel och matthet, gastroesofageal reflux (läckage i övre magmunnen) och magbesvär i samband med insjuknandet i kranskärslssjukdom. En kvinnas beskrivning av sina symtom var inte som smärta, mer som astma vid insjuknandet i kranskärslssjukdom (Isaksson, m.fl., 2013).

Symtom som inte stämmer med kvinnors förförståelse/förväntning av symtom vid kranskärslsjukdom

Kvinnor upplevde att deras symtom inte alltid stämde med hur deras förförståelse av kardiella symtom skulle upplevas fann Arslanian-Engoren (2005); Albarran (2007); Herning, Hansen, Bygbjerg och Lindhardt (2010). Kvinnorna förväntade sig att hjärtinfarkt skulle följas av illamående och svettningar, stark smärta i armar, rygg och käke. En av deltagarna i studien fördröjde sjukvårdskontakten med tre veckor då hon inte hade upplevt smärtor i armarna (Arslanian-Engoren, 2005). Kvinnorna i deras studie trodde att det skulle vara mer dramatiskt att få en hjärtinfarkt än de upplevde (Lövlén m.fl., 2005; Herning m.fl., 2010). Kvinnor förväntade sig att uppleva stark smärta i hjärtat, utstrålning av smärta till armarna, speciellt till vänster arm och medvetlöshet vid insjuknandet i hjärtinfarkt (Herning m.fl., 2010).

Kvinnors hantering av symtom på kranskärslsjukdom

Undvikandestrategier som bagatellisering/ förnekelse/bortförklaring

Bortförklaring av symtom med exempelvis ålder eller trötthet förekom hos flera kvinnor vid insjuknandet i kranskärslsjukdom. Andfåddhet vid ansträngning var vanligast förekommande symtom i den här studien, vilket bortförklarades av de flesta kvinnor som att det tillhörde det normala åldrandet. En kvinna fördröjde kontakten med läkare en hel vecka när hon fick hjärtinfarkt då hennes man menade att eftersom hon hade normal puls kunde hennes symtom inte bero på hjärtinfarkt (Lockyer, 2004). Kvinnor med hjärtinfarkt hade större benägenhet än män att fördröja att söka vård, och verkade tolka sina symtom som ofarliga i högre utsträckning än män (O'Donnell m.fl., 2006; Lövlén, 2005; Isaksson m.fl., 2013). Flera av kvinnorna upplevde vantrö och menade att de aldrig misstänkte att deras symtom var kardiella. Kvinnorna trodde att de symtom de upplevde kom från magen och att det skulle gå över av sig själv (Lövlén m.fl., 2005). Higginson (2007) menade att flera av kvinnorna i hans studie inte förstod att bröstsmärtorna var symtom på hjärtinfarkt. Arslanian-Engoren (2005) fann i sin studie att kvinnor inte tolkade sina symtom som kardiella, utan uppfattade att symtom stod för magmunsproblem, maginfluensa, virussjukdom, bihålarelaterade eller muskulära. Symtom som kallsvettighet tolkades som värmevallningar, överviktsrelaterade eller relaterade till menopaus. Kvinnorna i studien tolkade inte sina symtom som allvarliga utan bagatelliserade betydelsen av dem och bortsåg från dem. Symtom bortförklarades av patienten själv med reumatiska smärtor, åldringsprocessen, kroppsvikt, hormonbehandling rökning, magbesvär och brist på motion. Albarran (2007) fann i sin studie att på grund av att kvinnornas symtom var atypiska lät flera av kvinnorna bli att söka medicinsk rådgivning. En kvinna sökte inte sjukvård då hon trodde att läkaren skulle ge henne diagnosen magproblem. Herning m.fl. 2010 fann att när kvinnor tolkade symtom som någonting mera bekant som magåkomma eller lunginflammation fördröjdes kontakten med sjukvården. När kvinnorna kunde tolka symtom som kardiella, påskyndades kontakten med sjukvården. Kirchberger m.fl. (2012) rapporterade att endast hälften av de tillfrågade personerna kunde tillskriva sina symtom till hjärtat. De symtom som var lättast att känna igen som kardiella var bröstsmärtor och smärtor i vänster arm. Kvinnor var sämre på att känna igen hjärtsymtom än män.

Känslfokuserad coping

En faktor som kvinnor använde som orsak till att inte söka sjukvård, var att de inte ville vara till besvär för sin läkare. Att inte söka läkare gav en del kvinnor en känsla av stolthet (Lockyer, 2004). Kvinnor som hade genomgått hjärtinfarkt tidigare hade längre fördröjning för att söka vård än de som inte hade haft hjärtinfarkt tidigare. Att inte vilja vara till besvär för andra var en faktor som bidrog till fördröjning hos kvinnor, men inte hos män (Moser, McKinley, Dracup och Chung, 2004). De kvinnor som sökte vård inom tre timmar efter

symtomstart meddelade att de skulle känna sig fåniga om de inte blev diagnosticerade med hjärtinfarkt när de sökte vård (Arslanian-Engoren, 2005). En kvinna tänkte att då hon inte hade upplevt smärta var det åldern och inte hjärtat, så hon kände sig dum om hon kontaktade läkare. Att få diagnosen hjärtinfarkt kom som en chock för kvinnorna i denna studie. Hjärtinfarkt är något som drabbar andra menade dessa kvinnor (Albarran, 2007). Kvinnor sökte inte hjälp när deras symtom var som värst utan väntade till en ”lämpigare” tidspunkt. Kvinnorna satte andras behov före sina egna. Sociala plikter var viktigare för kvinnorna än att söka sjukvård (Isaksson m.fl., 2013).

Problemlösande coping som att söka socialt stöd eller med självmedicinering eller söka kontakt med sjukvården

Kvinnor frågade sina anhöriga om råd när de upplevde kardiella symtom. De flesta blev då uppmuntrade att söka läkare, men några kvinnor som tog hand om sjuka makar fördröjde att söka hjälp för att inte göra maken upprörd (Lockyer, 2004). Närståendes insisterande, var det som fick kvinnorna att söka sjukvård (Arslanian-Engoren, 2005). När kvinnorna rådfrågade anhöriga, ökades prehospital fördröjning (Lövlén m.fl., 2005). Det var vanligt att kvinnor rådfrågade sina anhöriga om sina symtom, men det kunde förekomma att anhöriga svarade att eftersom kvinnornas symtom var atypiska för kranskärslsjukdom kunde de inte vara kardiella, vilket fördröjde kontakten med sjukvården (Albarran, 2007). Kvinnor hanterade symtom på flera olika sätt. Det vanligaste var att den första de talade med om sina symtom var en anhörig eller vän (King och McGuire, 2007). Om det var någon annan närvarande vid symtomdebut, förkortade tiden för att söka vård. Kvinnorna lät familjemedlemmar ta beslutet att kontakta sjukvården. En kvinna bad en god vän köra henne till husläkaren vilket fördröjde vården (Herning m.fl., 2010).

I stället för att kontakta sjukvården vid symtomdebut tog kvinnor smärtstillande tabletter som Acetylsalicylsyra (ASA), paracetamol, nitroglycerin eller magsyranneutraliserande medel (Moser m.fl., 2004; O'Donnell m.fl., 2006; Higginson, 2007; Herning m.fl., 2010; Gallagher m.fl., 2010; Isaksson m.fl., 2013). Hälften av kvinnorna i studien försökte lindra symtom genom att djupandas, röra på sig, sträcka på sig eller genom att gå omkring (Moser m.fl., 2004).

En kvinna i körde själv till sjukhuset under tiden som hon upplevde bröstsmärtor (Gallagher m.fl., 2010). En ensamlevande kvinna, hade en handlingsplan i händelse av olyckshändelse. Hon vaknade mitt i natten med bröstsmärtor, tolkade smärtorna som kardiella, kontaktade akutsjukvården omedelbart och följde den handlingsplan som hon hade gjort upp i förväg tillsammans med sina barn (Herning m.fl., 2010).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturoversikt användes som metod för att få svar på syftet. Andra metoder som kunde ha används för att få svar på syftet skulle kunna vara intervjuer eller enkät, vilket valdes bort på grund av tidsbrist och ämnets komplexitet. Dessutom kunde tillräckligt många artiklar som svarade på syftet identifieras och inkluderas i litteraturoversikten

Genomförande

Författaren av denna litteraturöversikt sökte artiklar i databasen PubMed och CINAHL som var de databaser som författaren till denna litteraturöversikt kände till när sökningen gjordes. Resultatet av sökningen kunde ha blivit annorlunda om sökning gjorts i andra databaser som t.ex. databasen PsykInfo eftersom andra artiklar då kanske hade inkluderats. Författaren av denna litteraturöversikt valde att inkludera artiklar som inte var äldre än tio år vilket kan ha betydelse för vilket resultat som sökningen gav. Ett annat resultat kunde ha uppnåtts om fem år hade varit begränsningen. Motiveringen på valet att välja de tidsbegränsningar som gjordes var att försäkra sig om att få med ett antal artiklar på mellan 50 och 100 för att hitta ett underlag till arbetet.

Generaliserbarhet.

Sjukvården är uppbyggd olika i alla länder, vilket kan göra att resultat från studier gjorda i olika länder kan bli svårt att jämföra med varandra. Författaren av denna litteraturöversikt valde att exkludera artiklar som var från andra delar av världen än västvärlden (asiatiska och arabiska) då behovet av begränsningar fanns samt att det kan vara lättare att jämföra resultat om artiklarna kommer från länder vars förhållanden är jämförbara med svenska. Dessutom exkluderades artiklar från USA som gjorde jämförelser på olika etniska grupper vilket inte heller bedömdes vara relevant för svenska förhållanden. Detta har resulterat i att endast kvinnor från en begränsad grupp har fått uttrycka hur de har upplevt insjuknandet i kranskärlssjukdom och hur de har hanterat dessa. Resultatet av denna litteraturöversikt kunde ha blivit annorlunda om artiklar som undersökte andra grupper av kvinnor hade inkluderats i denna litteraturöversikt vilket också kan ha påverka generaliserbarheten till andra grupper av kvinnor. Chen m.fl. (2005) påpekade att i deras studie som hade övervägande deltagare av Kaukasiskt ursprung kunde generaliserbarheten till andra etniska grupper ha påverkats. Herning m.fl. (2011) menade dock att om deltagarna i en heterogen grupp av patienter upprepar samma resultat kan det vara en styrka i studien trots litet deltagarantal. Endast två av de inkluderade artiklarna i denna litteraturöversikt var från Sverige, och sju av artiklarna hade kvalitativ ansats. I kvalitativa studier är antalet studiedeltagare få, så frågan är om resultatet av denna litteraturöversikt kan generaliseras på en större population? Higgins (2007) samt O'Donnell m.fl. (2012) påpekade att eftersom deras studier hade en kvalitativ ansats kan inte resultatet generaliseras till en större befolkningsgrupp eller population av patienter med kranskärlssjukdom. Albarran (2006) samt Isakson m.fl. (2013) påtalade att syftet med deras kvalitativa studie inte var att generalisera resultatet eftersom det aldrig är syftet med kvalitativ forskning. Wiklund (2003) menade att den kvalitativa forskningen syftar till att förändra vårdarens sätt att tänka och förhålla sig till verkligheten och på det sättet förändra vården. För att kunna belysa ett ämne ur olika perspektiv kan det vara bra att inkludera både artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats i en litteraturöversikt (Forsberg & Wengström, 2013). Det optimala vore att det skulle vara ett likt antal artiklar med kvantitativ som kvalitativ ansats i denna litteraturöversikt vilket inte var möjligt, då inga fler artiklar med kvalitativ ansats kunde genereras i sökningen som svarade på syftet.

Elva av artiklarna som inkluderades i denna litteraturöversikt använde en kvantitativ ansats. Även kvantitativa studier har svagheter som måste tas i beaktning när resultatet av studien tolkas/värderas. Moser m.fl. (2004), Chen m.fl. (2005), Lövlén m.fl. (2005), Lövlén m.fl. (2006), King och McGuire (2007), Lövlén m.fl. (2009) samt Kirchberger m.fl. (2012) använde enkätundersökningar som grundlag för datainsamling. När denna typ av undersökningar genomförs finns det en risk att de som delar ut enkäten inte får med alla patienter. De sjukaste, de som inte förstår språket eller är förvirrade kommer inte med i undersökningen, vilket ska beaktas när resultatet av enkätundersökningar tolkas (Forsberg &

Wengström, 2013). Kirchberger m.fl. (2012) nämnde att deras enkätstudie begränsades av att deltagarna var under 75 år, det medicinska tillståndet till en del patienter tillät dem inte att delta och en del patienter avled innan de kunde delta i studien. Hur urvalet av studiedeltagarna har utförts får betydelse för resultatet av studien. O'Donnell m.fl. (2006) påpekade att eftersom 50 procent av hjärtinfarktspatienter avlider innan sjukhusinläggelse, var det många kvinnor som inte fick komma till tals, vilket är tankeväckande. Berg m.fl. (2009) hämtade sina data från medicinska patientjournaler hos patienter som genomgått hjärtinfarkt. Svagheten med att hämta data från medicinska journaler, menade Berg m.fl. är att det kan förekomma att patienternas symtomupplevelse inte beskrivits heltäckande i journalerna. Hur symtom har beskrivits i journaler kan vara påverkat av läkarens uppfattning om patientens risk för att ha kranskärslsjukdom.

Validitet

Sökord som valdes var: myocardial ischemia, woman samt experience*. Det engelska ordet experience är både ett substantiv och ett verb och kan som verb betyda uppleva, erfara, få pröva på, genomgå genomleva, röna, smaka, och som substantiv, erfarenhet, upplevelse, vana, händelse, praktik, rön (Prismas engelska ordbok, 1993; Google översätt) vilket kan få betydelse när det används som sökord att artiklar som handlar om helt andra ämnen än det som svarar på syftet kan genereras vid sökningen. Detta kan försvåra översättningen av artiklarna från engelska till svenska. Missförstånd skulle kunna uppstå då författare av denna litteraturöversikt inte har engelska som modersmål. Genom att använda trunktering på ordet kunde olika former av ordet inkluderas i sökningen. Ett annat ord för experience kunde inte hittas med hjälp av Google översätt eller Prismas engelska ordbok (1993). NOT "risk factor*" användes (Tabell 2). Enligt Polit och Beck (2012) kan sökord som innehåller två ord sättas in inom citationstecken vilket leder till att sökmotorn uppfattar sökordet som ett ord och det kan undvikas att sökningen genererar titlar som innehåller bara det ena eller det andra ordet. Polit och Beck (2012) använder blood pressure som exempel. Om blood pressure används som sökord utan citationstecken genererar sökningen artiklar som har ordet blood och/eller ordet pressure i titeln. Om inte citationstecken runt risk factor använts hade kanske sökningen fått ett annat resultat.

Reliabilitet

Enligt Forsberg och Wengström (2013) är reliabilitet om någon annan kan uppnå samma resultat om metoden upprepas. Nya artiklar kan ha tillkommit sedan sökningen som denna litteraturöversikt bygger på vilket kan ge ett annat resultat om sökningen upprepas. Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka hur kvinnor hanterar symtom på kranskärslsjukdom. Hantera översätts med det engelska ordet coping. Ordet eller begreppet coping nämns inte i artiklarnas titlar, utan uttryck som help-seeking behaviors, treatment seeking decisions, responses, time to seek care, decisions process, delay in seeking treatment, användes. Begreppet coping används inte i databasen PubMed, annars hade detta varit ett naturligt sökord. De använder subheading aspects, psychological aspects i stället, vilket valdes att inte användas i sökningen 140214. Ordet coping nämns i texten hos Higgins (2007) men inte begreppet coping. Ordet behavior kunde ha använts som sökord, men om den booleiska operatorn AND användes tillsammans med behavior begränsades sökningen i för hög grad.

Etiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström (2013) skall etiska överväganden göras vid urval av artiklar som skall inkluderas i en litteraturöversikt och studier som har fått tillstånd från etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden har gjorts skall väljas. Endast en studie

(Graham m.fl., 2008) i denna litteraturöversikt saknade skriftligt medgivande från deltagarna eller tillstånd från etisk kommitté. Denna studie insamlade data från en databas.

Resultatbearbetning.

Artiklar valdes ut som var publicerade på engelska. Eftersom det engelska språket inte är författaren av denna forskningsöversikts modersmål finns det en risk för att översättningen av artiklarna har inneburit att missförstånd/ feltolkning har uppstått i texten. Lexikon användes samt Google översätt.

Databearbetning

De båda huvudrubrikerna symtom och hantering av symtom uppstod utifrån syftet som är tvådelat, men det förekommer i texten under dessa rubriker att vissa meningar innehåller både hantering och symtom då vissa meningar inte kan delas upp i de båda delarna eftersom meningarna då skulle bli svåra att förstå. Symtom och hantering av symtom gick inte alltid att spalta upp. De olika underrubriker som valdes i resultatdelen under rubriken kvinnors upplevelse av symtom valdes utifrån vad de olika artiklarna innehöll (vad som var manifest) och inte latent dvs. ingen tolkning eller underliggande mening försöktes finnas. Underrubrikerna har dock en betydelse i förhållande till vad som kan påverka fördröjelse av att söka vård, eller att erhålla korrekt vård då detta var vad de olika artiklarna som inkluderades i denna litteraturöversikt fokuserade på. Underrubrikerna kunde i stället ha valts utifrån hur symtom beskrivs i läroböcker, men eftersom kvinnor tidigare inte har ingått i studier angående hjärtsjukdom, utgår dessa symtombeskrivningar från mäns upplevelse av symtom och författaren till denna litteraturöversikt var intresserad av hur kvinnor upplever symtom. Därför valdes en mer förutsättningslös indelning av resultatet som skulle kunna beskrivas som en induktiv ansats. Underrubriken skillnader mellan män och kvinnors symtom tillkom eftersom det var så många olika artiklar som inkluderades i denna litteraturöversikt som fokuserade på just detta och den diskussion som pågår mellan forskare om detta intresserar författaren av denna litteraturöversikt. Eftersom ordet coping användes hos Higgins (2007) menade författaren av denna litteraturöversikt att begreppet coping med dess olika indelningar skulle kunna användas som inspiration för att hitta underrubriker. Under rubriken kvinnors hantering av symtom har Brattbergs (2008) indelning av olika copingstrategier används vilket skulle kunna beskrivas som en deduktiv ansats. Författaren av denna litteraturöversikt utger sig inte för att vara expert på coping utan begreppet har här används som ett sätt att försöka förstå och beskriva hur kvinnor tänker och reagerar vid insjuknandet i kranskärslsjukdom, rätt eller fel.

Subjektivitet/objektivitet

Enligt Forsberg och Wengström (2013) är varken kvantitativ eller kvalitativ forskning förutsättningslös då alla människor har olika kunskap, värderingar och referensramar. Forskarens roll inom kvantitativ forskning är att hålla sig objektiv till deltagarna och genomföra mätningar med standardiserade mätinstrument, men det finns alltid en risk för att forskaren kan påverka resultatet. Vid kvalitativ forskning däremot är det forskarens roll att se deltagarna och sig själv som subjekt som kan påverka datainsamlingen. Hur verkligheten uppfattas är alltid en tolkning som varierar från individ till individ och beror på ur vilket perspektiv och i vilket sammanhang något betraktas. Detta måste beaktas vid all forskning. Författaren av denna litteraturöversikt har strävat efter att vara så objektiv som möjligt och inte presentera personliga värderingar vid skrivandet av denna litteraturöversikt.

Resultatdiskussion

Flera författare har studerat skillnader på symtom eller hantering av symtom mellan män och kvinnor i samband med insjuknade i kranskärslssjukdom (Berg m.fl., 2009; Chen m.fl., 2005; Graham m.fl., 2008; Kirchberger m.fl., 2012 King och McGuire, 2007., Lövlien m.fl., 2005; Lövlien m.fl., 2006; Lövlien m.fl., 2009; Moser m.fl., 2004; O`Donnell m.fl., 2006; O`Donnell m.fl., 2012). Det är dock svårt att dra någon slutsats av denna forskning då det verkar vara oenighet bland dessa författare om det förekommer symtomskillnader mellan könen i samband med kranskärslssjukdom. Berg m.fl. (2009) kunde rapportera att bröstsmärtor var vanligast symtom hos både män och kvinnor. Gallagher (2010) rapporterade att alla kvinnorna i deras studie till slut upplevde klassiska symtom på hjärtinfarkt inkluderat bröstsmärtor, intensiteten på smärtorna kunde dock variera från mild till allvarlig. O`Donnell m.fl. (2012) menade att bröstsmärtor är vanligast symtom vid insjuknande i kranskärslssjukdom hos kvinnor. Detta stämmer överens med äldre forskning. Miller (2001) rapporterade att kvinnor har en rad olika symtom vid insjuknande i hjärtinfarkt, även bröstsmärta. Detta är inte alla författare eniga om. Kvinnor upplever inte bröstsmärtor som symtom på kranskärslssjukdom i samma utsträckning som män vid insjuknandet i kranskärslssjukdom kunde Chen m.fl. (2005); Lövlien m.fl. (2006) samt King och McGuire (2007) rapportera. Arslanian-Engoren, m.fl. (2006) fann att bröstsmärta, smärta i vänster arm och kallsvettning var vanligare hos män jämfört med kvinnor vid kranskärslssjukdom. Nyare forskning som Kahn m.fl. (2013) menade att bröstsmärta var vanligaste symtom på hjärtinfarkt både hos män och också hos kvinnor, men det var vanligare hos kvinnor jämfört med män att inte ha bröstsmärta som symtom på hjärtinfarkt. Kahns m.fl. (2013) slutsats stämmer med den erfarenhet som författaren av denna litteraturöversikt har. Enligt Eikeland, m.fl. (2009) kan symtom som obehag/ tryck över bröstet, under bröstbenet, i mellangärdet eller bak i nacken förekomma vid insjuknande i kranskärslssjukdom. Smärtor som utlöses av ansträngning och som lindras av vila kan tyda på syrebrist i hjärtmuskeln. Andra symtom på syrebrist i hjärtmuskeln kan vara svettning, blek/kall hud och snabb puls. Retrosternala (bakom bröstbenet) bröstsmärtor är ofta dominerande symtom. Typiska ischemiska smärtor är icke andningsrelaterade och beskrivs ofta som kramande eller svidande, mer sällsynt som stickande. Illamående är vanligt och patienter med kranskärslssjukdom är ofta ångsliga och ångestfyllda vilket kan leda till ökad smärtupplevelse. Det förekommer att patienter inte har smärtor i bröstet i samband med hjärtinfarkt utan andnöd och diffusa symtom som allmän svaghet yrsel och synkopé (avsvimning) kan förekomma. Personer med diabetes kan ha tysta infarkt dvs. de har inte upplevt smärta i samband med insjuknandet i kranskärslssjukdom. Dessa författare nämner inget om att kvinnors symtom vid insjuknande i kranskärslssjukdom kan skilja sig från mäns.

Prodromala symtom

Kvinnor upplever prodromala symtom månader och upp till ett år innan insjuknandet i hjärtinfarkt menade Lockyer (2004), Lövlien (2006), Graham m.fl. (2008) samt Lövlien (2009). Dessa författare menade också att det är vanligt att kvinnor inte söker sjukvård för prodromala symtom. Detta stämmer med vad Nymark, Mattiasson, Henriksson, och Kiessling (2009) kom fram till. Nymark m.fl. (2009) undersökte hur både kvinnor och män hanterade insjuknandet i kranskärslssjukdom och konkluderat med att hjärtinfarktspatienter fördröjde kontakten med sjukvården, vilket kunde bero på att det kunde vara svårt att veta exakt när symtomen började. Författaren av denna litteraturöversikt arbetar på sjukhus och eftersom patienter inte söker sjukvård för prodromala symtom skulle det innebära att författaren till denna litteraturöversikt inte har någon erfarenhet av detta. På HIA är det inte ovanligt att patienter läggs in för observation med tanke på kranskärslssjukdom. Om troponinproverna är negativa blir patienten utskriven från sjukhuset. De patienter som bedöms behöva utredas för

kranskärslssjukdom utreds polikliniskt. Kan det vara prodromala symtom som några av dessa patienter har upplevt?

Ospecifika symtom/ Klassiska symtom

Kvinnor upplevde ospecifika symtom vilket Arslanian-Engoren (2005), Albarran (2007), Gallagher m.fl. (2010) samt Isaksson m.fl. (2013) vilket även påvisades i äldre forskning. Miller (2001) fann i sin studie att kvinnor upplevde ospecifika symtom som trötthet, andnöd, ryggsmärta, ödem, samt ospecifika obehag i bröstet vilket fick konsekvensen att kvinnorna inte förstod att dessa symtom var kardiella, därmed kontaktades inte sjukvården. Däremot fann Arslanian-Engoren (2005) i sin studie att de kvinnor som hade mer än tre timmars fördröjning med att söka sjukvård, att det var just andnöd som fick dem att påskynda beslutet att söka akutsjukvård. Det är dock inte säkert att kvinnorna uppfattade andnöd som ett kardiellt symtom. Lockyer (2004) menade att bortförklaring av symtom med exempelvis ålder eller trötthet förekom hos flera kvinnor vid insjuknandet i kranskärslssjukdom. Andfåddhet vid ansträngning bortförklarades av de flesta kvinnor som att det tillhörde det normala åldrandet. Herning m.fl. (2010) fann att när kvinnor tolkade symtom som någonting mera bekant som magåkomma eller lunginflammation fördröjdes kontakten med sjukvården. När kvinnorna kunde tolka symtom som kardiella, påskyndades kontakten med sjukvården. Arslanian-Engoren (2005) rapporterade att fyra av kvinnorna i denna studie upplevde att smärtorna började stråla ut i vänster arm (klassiskt symtom på kranskärslssjukdom) vilket gjorde att kvinnorna förstod att det var symtom på hjärtinfarkt. Detta resulterade i att sjukvården kontaktades. Enligt McSweeney m.fl. (2005) får de kvinnor som har klassiska symtom på kranskärslssjukdom bättre behandling när de söker sjukvård än de med mer atypiska symtom. Detta stämmer med författarens till denna litteraturöversikt erfarenhet. Eftersom det tidigare var män som deltog i studier angående kranskärslssjukdom (Schenck-Gustafsson, 2011; Roeters van Lennep, 2001) är det männens symtomupplevelser som står beskriven i läroböcker angående kranskärslssjukdomarsjukdom, (Chen m.fl., 2005). Det är dessa symtom som sjukvårdspersonal uppfattar som kardiella enligt författaren av denna litteraturöversikts erfarenhet. Sjukvårdspersonals förförståelse att kranskärslssjukdom är en typisk manlig åkomma kan bidra till att kvinnor får sämre behandling och därmed sämre vårdresultat än män med kranskärslssjukdom menade Mundt m.fl., 2003; McSweeney m.fl., 2005 ; Arslanian-Engoren, 2009. Denna förförståelse kan resultera i att när kvinnor upplever atypiska symtom kan det försvåra för vårdpersonal att tolka dessa symtom som kardiella. Detta kan få konsekvensen att de kvinnor som har atypiska symtom får sämre behandling än de kvinnor som har klassiska/typiska symtom. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2§ är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Enligt Sveriges kommuner och landsting (2011) förekommer det skillnader på behandling och vårdresultat mellan kvinnliga och manliga patienter med kranskärslssjukdom. Visserligen menade Sveriges kommuner och landsting (2011) att orsaken till det sämre vårdresultatet hos kvinnor är att kvinnorna är äldre än männen och därmed sjukare när de insjuknar i kranskärslssjukdom, men hur förklaras det Bangalore m.fl. (2012) kunde rapportera att de kvinnor med kranskärslssjukdom som var under 45 år och även de som var under 35 år hade ett sämre vårdresultat än männen i samma ålder? Enligt författarens av denna litteraturöversikt erfarenhet har det förekommit att yngre kvinnor nedprioriterats för att få ambulans eftersom personalen på alarmcentralen har förförståelsen att det är männen och de äldre kvinnorna som får hjärtinfarkt. Det har förekommit att yngre kvinnor har blivit hänvisade att ta taxi till akuten när de har kontaktat alarmcentralen eftersom personalen på alarmcentralen tror att kvinnor i 40-årsåldern har ångest och inte kranskärslssjukdom när de uppger att de har bröstsmärta.

Kvinnor upplever illamående i högre grad än män kunde flera författare i denna litteraturöversikt rapportera. Arslanian-Engoren, m.fl. (2006) menade att illamående var vanligare hos kvinnor. Lövlien m.fl., 2005; Berg m.fl., 2009 ; O'Donnell m.fl., 2012 kunde rapportera att kvinnor hade högre förekomst av illamående i samband med insjuknandet i hjärtinfarkt jämfört med män. Författarens av denna litteraturöversikt erfarenhet med kvinnliga patienter är att de upplever illamående i högre grad än män i samband med insjuknandet i kranskärlssjukdom. Illamående som enda symtom kan vara svårt att associera med kranskärlssjukdom, utan skulle lika gärna kunna vara orsakad av en kirurgisk åkomma som t.ex. gallsten, tarmvred eller magsår. Blir kvinnor inlagda som kirurgisk patient när de söker vård blir inte troponinprovet taget och hjärtinfarktsdiagnosen och behandlingen riskeras att fördröjas/missas.

Hur kvinnor hanterar symtom vid insjuknandet i kranskärlssjukdom är inte enbart beroende på vilka symtom som upplevs utan andra faktorer spelar in. Vilken strategi som används beror på situationen och individen, personlighet, eller tidigare erfarenheter, personliga resurser, hälsorelaterade faktorer, den sociala och fysiska omgivningen, kognitiva insikter och aktuellt stämningsläge (Brattberg, 2008; Lazarus & Folkman, 1984). Kvinnors tidigare upplevelse av sjukdom och sjukvård har också betydelse för hur hon hanterar de symtom som hon upplevde vid insjuknandet i kranskärlssjukdom. Dahlberg och Segesten (2010) menade att begreppet livsvärld innebär att den levda kroppen är fylld av minnen, erfarenheter, upplevelser, tankar, känslor och visdom och är meningskapande och meningsbärande. Kroppen kan aldrig lämnas och intar därför en särställning, den upplevs konstant och är det medium genom vilket individer förstår sig själva och kan nå ut till resten av världen. Varje person” är sin kropp”. Ett exempel på detta gav Moser m.fl. (2004) som rapporterade att kvinnor som hade genomgått hjärtinfarkt tidigare hade längre fördröjning för att söka vård än de som inte hade haft hjärtinfarkt tidigare. Detta stämmer med äldre forskning. Mundt Ottesen m.fl. (2003) kunde i sin studie som inkluderade kvinnor med kranskärlssjukdom visa att studiedeltagarnas tidigare erfarenheter och tolkning av symtom hade betydelse för hur kvinnorna agerade vid insjuknandet. Moser m.fl. (2004) ger ingen förklaring till varför kvinnorna som tidigare genomgått hjärtinfarkt fördröjde kontakten med vården, men författaren till denna litteraturöversikt kan tänka sig olika förklaringar på detta. Antigen har de haft en obehaglig upplevelse av sjukvården och vill inte uppleva den på nytt, eller så har de fått intrycket att de var botade från kranskärlssjukdom och inte kunde få hjärtinfarkt igen.

Kvinnors förförståelse och upplevelse vid kranskärlssjukdom

Kvinnors symtom vid insjuknandet stämmer inte alltid med vad de förväntade att uppleva vid insjuknandet i kranskärlssjukdom kunde flera författare rapportera (Arslanian Engoren, 2005; Albarran, 2007; Herning et al., 2010) vilket stämmer med vad Nymark, m.fl. (2009) fann. Dessa författare menade också att patienternas upplevelse i samband med insjuknandet i kranskärlssjukdom inte motsvarade vad de förväntade, vilket fick konsekvensen att de inte kontaktar sjukvården. Arslanian-Engoren (2005) rapporterade att kvinnorna förväntade sig att hjärtinfarkt skulle följas av illamående och svettningar, stark smärta i armar, rygg och käke. Lövlien m.fl. (2006) samt Herning m.fl. (2010) fann att kvinnorna i deras studier trodde att det skulle vara mer dramatiskt i att få hjärtinfarkt än de upplevde. Herning m.fl. (2010) menade att kvinnorna i deras studie förväntade sig att uppleva stark smärta i hjärtat, utstrålning av smärta till armarna, speciellt till vänster arm och medvetlöshet vid insjuknandet i hjärtinfarkt. Kvinnor hade en bild hur det ska vara att insjukna i kranskärlssjukdom som är skapad av massmedia dvs. TV och tidningar menar flera författare. (Arslanian-Engoren, 2005; Higginson, 2007). Dessutom kan de ha skapat sig en bild hur

insjuknandet i kranskärlssjukdom kan te sig då det jämför sina symtom med hur manliga släktingar beskriver sitt insjuknande (Arslanian-Engoren, 2005). Författaren till denna litteraturöversikt har erfarenhet av detta. Det förekommer att patienter på HIA uttrycker förvåning över att de inte upplevde insjuknandet i hjärtinfarkt som mer dramatiskt än de faktiskt gjorde. Här får massmedia ta sitt ansvar och varför inte ha en informationskampanj angående kranskärlssjukdom i TV liknande den som har visats i TV angående stroke.

Kvinnors kunskap angående kranskärlssjukdom har betydelse för hur de hanterade symtom vid insjuknandet. Higginson (2007) samt Herning m.fl. (2010) fann i sina studier att flera av kvinnorna som deltog i studien trodde att de var skyddade från hjärtinfarkt eftersom de var kvinnor, eller av att de hade en sund livsstil vilket de kanske inte hade. Herning m.fl. (2010) fann i sin studie att de kvinnor som var rökare inte kopplade detta till ökad risk för kranskärlssjukdom utan trodde att rökning bara påverkade lungorna negativt. Dessa kvinnor var av den uppfattningen att kaloririk mat och stort intag av choklad var farligare för hjärtat än rökning. Higginson (2007) menade att i hans studie var kvinnorna av den uppfattningen att bröstcancer är den vanligaste dödsorsaken för kvinnor. Herning m.fl. (2010) fann i sin studie att det förekom att kvinnorna hade den uppfattningen att eftersom hjärtat är placerat till vänster i bröstkorgen så ska smärtan också sitta till vänster, och inte centralt i bröstet. Dessa missuppfattningar resulterade i att kontakten med sjukvården fördröjdes. Författaren av denna litteraturöversikt har erfarenhet med både män och kvinnors reaktioner när de får beskedet att de fått diagnosen hjärtinfarkt. Reaktionen kan vara besvikelse och en känsla av att livet är orättvist eftersom de hade fått hjärtinfarkt trots att de hade levt sunt. Även de som var snusare tyckte att de har levt sunt eftersom de varit vältränade. På HIA kan det vara lämpligt att sjuksköterskor informerar patienter om hur de ska hantera symtom och vilka symtom de ska vara uppmärksamma på. Även frågor angående livsstil och kostvanor kan det vara lämpligt att ta upp om patientens tillstånd tillåter detta .

Känslofocuserad coping

Det är vanligt att börja med att använda undvikandestrategier för att senare våga möta problemet med en närmandestrategi (Brattberg, 2008). Lockyer, 2004; Moser m.fl., 2004; Higginson, 2007; Herning m.fl., 2010; Isaksson, 2013 fann att kvinnor fördröjer kontakten med sjukvården vid insjuknande i kranskärlssjukdom och uppgav ovilja att vara till besvär för andra, inte bara anhöriga utan även sin läkare som skäl för att inte kontakta sjukvården. Detta kan bekräftas av äldre forskning. Rosenfeld (2004) menade att fördröjning av att söka sjukvård för obehag i bröstet påverkas av många olika faktorer bl.a. psykosociala. Psykosociala faktorer som hänsyn till anhöriga och sociala plikter har även det varit en bidragande orsak till att kvinnor fördröjt kontakten med sjukvården har framkommit av studier. Arslanian-Engoren, 2005; Higginson, 2007; Isaksson m.fl., 2013 fann i sina studier att kvinnorna inte sökte hjälp när deras symtom var som värst utan väntade till en ”lämpigare” tidpunkt. Kvinnorna satte andras behov före sina egna. Sociala plikter var viktigare för kvinnorna än att söka sjukvård. Nymark, m.fl. (2012) har undersökt hur patienter (både kvinnor och män) hanterar insjuknandet i kranskärlssjukdom. Patienternas tankar, känslor, och handlingar som påverkade deras beslut att söka sjukvård undersöktes i denna studie. Deltagarna i studien kunde vara handlingsförlamade av rädsla, känna sig ängsliga och maktlösa, känna skamkänslor, rädsla för att förlora sin identitet som frisk samt försöka undvika känslan av rädsla genom att inte samarbeta med andra. Nymark m.fl. (2012) konkluderade med att patienternas emotionella reaktion var viktig och påverkade deras prehospitala beteende.

Kvinnor tvekade att kontakta sjukvården av rädsla för att vara till besvär för läkare eller oro för att de inte skulle bli tagna på allvar av sjukvårdspersonal. Denna känsla förstärktes av sjukvårdspersonals kommentarer kunde McSweeney m.fl. (2005) rapportera. Enligt författarens av denna litteraturöversikt åsikt bör sjukvårdspersonal lägga vikt vid att uttrycka sig så att kvinnorna inte får intrycket av att de har sökt sjukvård i onödan. Det är bättre att söka sjukvård en gång för mycket än en gång för lite för ett så allvarlig tillstånd som kranskärlsjukdom. Denna inställning är viktigt att sjukvårdspersonal förmedlar till de som söker vård för kranskärlssjukdom.

Rådfråga anhöriga

Det är vanligt att kvinnor kontaktar sina anhöriga i stället för sjukvården som initial åtgärd kunde Lockyer , 2004; Arslanian-Engoren, 2005; Lövlien m.fl., 2006; King och McGuire, 2007 ; Herning m.fl., 2010 rapportera. Eftersom en del kvinnor vårdande sina sjuka män i hemmet och det är maken som kvinnan söker stöd hos kunde det få konsekvensen att sjukvårdskontakten fördröjs. Däremot har författare som Arslanian-Engoren (2005) rapporterat att det att kontakta anhöriga eller att anhöriga är närvarande vid insjuknandet i kranskärlssjukdom kan påskynda kontakten med sjukvården. Kvinnor söker oftare stöd än män menade Brattberg (2008). Enligt författarens till denna litteraturöversikt erfarenhet har kvinnor en vårdande roll i större utsträckning än män. Kvinnor i medelåldern hjälper sina vuxna barn med barnpassning, i tillägg ansvarar de för sina åldrande föräldrar. Detta leder naturligtvis till ökad stress som kan påskynda ett insjuknande i kranskärlssjukdom. Enligt författaren av denna litteraturöversikts erfarenhet har de kvinnor som är äldre än 80 år i de flesta fall varit hemmafruar och deras åldrande män är vana att bli upppassade av sin fru. Det är förståeligt att kvinnorna oroar sig för sina åldrande makars välbefinnande eftersom det inte är säkert att det finns någon annan som kan ta hand om honom om hon skulle bli sjuk, på kort varsel. Kommunen har inga sådana akutresurser enligt författarens till denna litteraturöversikt erfarenhet.

Problemlösande coping

Enligt Brattberg (2008) koncentrerar sig problemfokuserad coping på att lösa problem och innefattar strategier för att samla information, fatta beslut och planera med syfte till att lösa problem och uppnå mål. Herning m.fl. (2010) kunde rapporterade ett bra exempel på detta i sin studie. En ensamlevande kvinna som deltog i deras studie, hade en handlingsplan i händelse av akut sjukdom. Hon vaknade mitt i natten med bröstsmärtor, tolkade smärtorna som kardiella, kontaktade akutsjukvården omedelbart och följde den handlingsplan som hon hade gjort upp i förväg tillsammans med sina barn. Antonowski (2001) skapade uttrycket känsla av sammanhang (KASAM) vilket författaren av denna litteraturöversikt menade att denna kvinna visar prov på att hon besatt.

Moser m.fl., 2004; O'Donnell m.fl., 2006; King och McGuire, 2007;Higginson, 2007; Herning m.fl. 2010 ;Isaksson m.fl.,2013 rapporterade att i stället för att kontakta sjukvården var det vanligt att kvinnor tog smärtstillande läkemedel som paracetamol eller ASA vid insjuknande i kranskärlssjukdom. Att ta 300 mg ASA i samband med insjuknandet i kranskärlssjukdom är i samsvar med rådande rekommendationer. (Stockholms läns landsting, 2012). Däremot är det negativt att konsekvensen av självmedicinering blir att kontakten med sjukvården fördröjs. Higgins (2007), rapporterade att i hans studie var det en av kvinnorna som var utbildad sjuksköterska som tog 300 mg ASA och gick och lade sig att vila, vilket visar att kunskap inte alltid hjälper till att handla rätt. Om hon misstänkte att hon hade drabbats av hjärtinfarkt, borde hon ha kontaktat sjukvården med en gång.

Kvinnors fördröjning av sjukvården

Rosenfeld (2004) menade att även om kvinnor vet att de ska kontakta sjukvården är det inte säkert att de gör det på en gång. Kvinnorna i deras studie fördröjde sjukvårdskontakten i medeltal med 4,25 timmar, vilket gjorde att de hade ökad dödlighet och sjuklighet i samband med kranskärslssjukdom menade denna författare. Davis, Mishel, Moser, Esposito, Lynn, och Schwartz (2013) rapporterade att kvinnorna i deras studie kände igen symtom på hjärtinfarkt, men kontakten med sjukvården fördröjdes för att kvinnorna skulle göra sig i ordning innan de åkte in till sjukhuset vid insjuknandet. Varför är det då så viktigt att söka vård så fort som möjligt i samband med kranskärslssjukdom. Behandlingen av kranskärslssjukdom ut på att reducera storleken på skadan på hjärtmuskeln genom reperfusionbehandling, antingen med PCI eller trombolys samt läkemedel som hämmar trombocyternas funktion och därmed förhindrar att blodkoagel täpper till kranskärnen (Eikeland, m.fl., 2009; Stockholms läns landsting, 2012). Tiden är här en mycket viktig faktor. Tid = hjärtmuskel, vilket innebär att ju fortare de små kärlen som omger hjärtinfarkteten kan frigöras från tromber, desto mindre skada uppstår på hjärtmuskeln. Vid angina pectoris har inte någon skada på hjärtmuskeln uppstått ännu, vilket innebär att det finns mycket att vinna på att sätt in behandling i tid. Kan storleken på hjärtmuskelskadan begränsas, minskas risken för att arytmier och/ eller hjärtsvikt uppstår. (Eikeland, m.fl., 2009; Stockholms läns landsting, 2012).

Slutsats

Slutsatsen var att kvinnor upplevde prodromala symtom månader/år innan kranskärldiagnosen ställdes och det var ovanligt att kvinnor sökte sjukvård för dessa symtom. Bröstsmärta var vanligast symtom hos kvinnor vid insjuknande i kranskärslssjukdom men ospecifika symtom förekom också. Kvinnor upplevde illamående i högre grad än män i detta sammanhang. Kvinnor hanterade symtom på kranskärslssjukdom genom att kontakta anhöriga eller med självmedicinering innan de kontaktade sjukvården, vilket bidrog till fördröjning av vården. Kunskapsnivå, känslomässiga och psykosociala faktorer inverkar på hur kvinnor hanterade symtom på kranskärslssjukdom. Sjukvården och kvinnor behövde ökad kunskap och förståelse angående hur kvinnor upplevde symtom på kranskärslssjukdom och hur kvinnor hanterade dessa symtom.

Klinisk tillämpbarhet

Vad får resultatet av denna litteraturöversikt för implikation på vården? Även om bröstsmärta är vanligast symtom vid insjuknande i kranskärslssjukdom bör sjukvårdspersonal vara medveten om att kvinnor upplever diffusa symtom vid insjuknandet i kranskärslssjukdom. Kvinnor kan riskera att blir felbehandlade om inte sjukvårdspersonal är medvetna om detta. Mer information och utbildning på detta område behövs.

Fortsatt forskning

Det framkom vid arbetet med denna litteraturöversikt att kvinnor kan ha bristande kunskap angående riskfaktorer för att utveckla kranskärslssjukdom. Därför skulle det vara intressant att studera hur kvinnor uppfattar hur livsstil kan påverka förekomsten av kranskärslssjukdom och hur kranskärslssjukdom kan förebyggas. Vidare skulle det vara intressant att undersöka hur

vårdpersonal värderar vad som är kardiella symtom hos kvinnor samt hur vårdpersonal uppfattar yngre kvinnors risk för att insjukna i kranskärslsjukdom.

REFRENSER

Albarran, J. W., Clarke, B. A., & Crawford, J. (2007). "It was not chest pain really, I can't explain it!" :An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, (16), 1292-1301.

Antonowski, A. (2001). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

Arslanian-Engoren, C. (2005). Treatment-seeking decisions of women with acute myocardial infarction. *Women & health*, 4(2), 53-70.

Arslanian-Engoren, C., Patel, A., Fang, J., Armstrong, D., Kline-Rogers, E., Duvernoy, C. S., & Eagle, K. A. (2006). Symptoms of men and women presenting with acute coronary syndromes. *The American journal of cardiology*, (98), 1177-1181.

Arslanian-Engoren, C. (2009). Explicating nurses cardiac triage decisions. *Journal of cardiovascular nursing*, (24), 50-57.

Bangalore, S., Fornarow, G. C. Peterson, E. D., Hellkamp, A.S., Hernandez, A. F., Laskey, W., Peacock, W.F.,...Bhatt, D. L. (2012). Age and gender differences in quality of care and outcome for patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *The American journal of medicine*, (125), 1000-1009.

Berg, J., Björck, L., Dudas, K. K., Lappas, G., & Rosengren, A. (2009). Symptoms of a first acute myocardial infarction in women and men. *Gender medicine*, 6(3), 454-462.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara: Om coping*. Stockholm: Värkstaden.

Brink, E., Persson, L-O., & Karlsson, B. W. (2009). Coping with myocardial infarction: Evaluation of a coping questionnaire. *Scandinavian journal of caring sciences*, (23), 792-800.

Brown, J. M., Stewart, J. C., Stump, T. E., & Callahan, C. M. (2011). Risk of coronary heart disease events over 15 years among older adults with depressive symptoms. *The American journal of geriatric psychiatry*, 19(8), 721-729.

Chen, W., Woods, S. L., Wilkie, D. J., & Puntillio, K. A. Gender differences in symptom experiences of patients with acute coronary syndromes. *Journal of pain and symptoms management*, (30), 553- 562.

Collin, P. H. (2005). *Medicine. Engelsk – Svensk - Engelsk ordbok*. Stockholm: Nordstedts

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Davis, L. L., Mishel, M., Moser, D. K., Esposito, N., Lynn, M. R., & Schwartz, T. A. (2013).

Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome. *Heart & Lung*, 1-8.

De Luca, G., Verdoia, M., Dirksen, M.T., Spaulding, C., Kelbaek, H., Scalij, M., ... Stone, G.W. (2013). Gender related difference in outcome after BMS or DES implantation in patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary angioplasty: Insights from the DESERT cooperation. *Atherosclerosis*, (230), 12-16.

Eikeland, A., Gimnes, M., & Madsen Holm, H. (2009). Cirkulationssvikt. T. Gulbrandsen & D. -G. Stabberud (Red.), *Intensivvård. Avancerad omvårdnad och behandling.* (ss. 351-405). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Natur och kultur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier.* 3.e utg. Stockholm: Natur och kultur.

Gallagher, R., Marshall, A. P., & Fisher, M. J. (2010). Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time. *Heart & lung*, 3(6), 477-484.

SOU 1999:4. God sed i forskningen. Stockholm. Hämtat från

<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/23647>

Google översätt.

Hämtat från <https://translate.google.se>

Golden, K. E., Chang, A. M., & Hollander, J. E. (2013). Sex preferences in cardiovascular testing: The contribution of the patient-physician discussion. *Academic emergency medicine*, 20(7), 680-687.

Graham, M. M., Westerhout, C. M., Kaul, P. Norris, C. M., & Armstrong, P. A. (2008). Sex differences in patients seeking medical attention for prodromal symptoms before an acute coronary event. *American heart journal*, (156), 1210-1216.

Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B., & Lindhardt, T. (2010). Women's experiences and behavior at the onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, (10), 241-247.

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

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2§.

- Isaksson, R - M., Brulin, C. Eliasson, M., Näslund, U., & Zingmark, K. (2013). Older women´s prehospital experiences of their first myocardial infarction. *Journal of cardiovascular nursing*, 28(4), 360-369.
- Jankowski, P., Czarnecka, D., Wolfshaut - Wolak, R., Lysek, R., Lukaszewska, A., Surowiec, S.,...Pajak, A. (2003). Age, sex and secondary prevention of ischaemic heart disease in everyday practice. *Kardologia Polska*, 71(12), 1251-1259.
- Johnston, N., Bornefalk - Hermansson, A., Schenk - Gustafsson, K., Held, C., Goodman, S.G., Yan, A.T., & Bierman, A.S. (2013). Do clinical factors explain persistent sex disparities in the use of acute reperfusion therapy in STEMI in Sweden and Canada? *European heart journal. Acute cardiovascular care*, 2(4), 350-358.
- Kahn, N.A., Daskalopoulou, S.S., Karp, I., Eisenberg, M.J., Pelletier, R., Tsadok, M.A., Dasgupta, K., Norris, C. M., & Pilote, L. (2013). Sex differences in acute coronary syndrome symptom presentation in young patients. *Research*, (20), 1863-1871.
- King, K. B., & McGuire. (2007). Symptom presentation and time to seek care in women and men with acute myocardial infarction. *Heart and lung*, (36), 235-243.
- Kirchberger, I., Heier, M., Wende, R., von Scheidt, W., & Meisinger, C. (2012). The patient´s interpretation of myocardial infarction symptoms and its role in the decision process to seek treatment: the MONICA/KORA myocardial infarction registry. *Clinical research in cardiology*, (101), 909-916.
- Koopman, C., Vaartjes, I., Heintjes, E.M., Speiring, W., van Dis, I., Hering, R. M .C., & Bots, M.L. (2013). Persisting gender differences and attenuating age differences in cardiovascular drug use for prevention and treatment of coronary heart disease, 1998-2010. *European heart journal*, 34(41), 3198-3205.
- Lasaruz R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lockyer, L. (2004). Women´s interpretation of their coronary heart disease symptoms. *European journal of cardiovascular nursing*, (4), 29-35.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. Kvalitativ innehållsanalys. (2012). M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 187 - 201). Lund: Studentlitteratur.
- Lövlén, M., Johansson, I., Hole, T., & Schei, B. (2009). Early warning signs of an acute myocardial infarction and their influence on symptoms during the acute phase with comparisons by gender. *Gender medicine*, 6(3), 444 - 453.

- Lövlén, M., Schei, B., & Gjengedal, E. (2005). Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective. *Progress in cardiovascular nursing*, (21), 14-19.
- Lövlén, M., Schei, B., & Hole, T. (2006). Women with myocardial infarction are less likely than men to experience chest symptoms. *Scandinavian cardiovascular journal*, (40), 342-347.
- Maserejian, N.N., Link, C. L., Lutfey, K. L., Marceau, L. D., & McKinlay, J. B. (2009). Disparities in physicians' interpretations of heart disease symptoms by patients gender: Results of a video vignette factorial experiment. *Journal of women's health*, 18(10), 1661-1667.
- McSweeney, J. C., Lefler, L. L., & Crowder, B. F. (2005). What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Progress in cardiovascular nursing*, (20), 48-57.
- Miller, C. L. A review of symptoms of coronary artery disease in women. (2001). *Journal of advanced nursing*, 39(1), 17-23.
- Moser, D. K., McKinley, S., Dracup, K., & Chung M.L. (2005). Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient education and counseling*, (56), 45-54.
- Mundt Ottesen, M., Dixen, U., Torp - Pedersen, C., & Køber, L.(2003). Prehospital delay in acute coronary syndrome-an analysis of the components of delay. *International journal of cardiology*, (96), 97-103.
- Nymark, C., Mattiasson, A - C., Henriksson, P., & Kiessling, A. (2009). The turning point: from self - regulative illness behavior to care-seeking in patients with an acute myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, (18), 3358-3365.
- Nymark, C., Mattiasson, A-C., Henriksson, P., & Kiessling, A. (2012). Emotions delay care-seeking in patients with an acute myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, (0), 1-7.
- O'Donnell, S. Prehospital care pathway delays: gender and myocardial infarction. (2006). *Journal of advanced nursing*, 53(3), 268-276.
- O'Donnell, S. McKee, G., O'Brien, F. Mooney, M., & Moser, D. K. (2012). Gender symptom presentation in acute coronary syndrome: A cross sectional analysis. *International journal of nursing studies*, (49), 1325-1332.
- Ottens, A.M., Maas, A., Ottervanger, J. P., Kloosterman, A., van't Hof, A. W.J., Dambrink, J. H. E., Gosselink, A. T. M.,... de Boer M. J. (2012). Is the difference in outcome between men and woman treated by primary percutaneous coronary intervention age dependent? *Gender difference in STEMI stratified on age*, 2(4), 334-341.

Polit, D. F., & Beck., C.T.(2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Nionde utgåvan, Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippinkott, Williams, & Wilkins.

Roeters van Lennep, J. E., Westerveld, H. T., Erkelens, D.W., & van der Wall, E .E. (2001).Risk factors for coronary heart disease: Implications of gender. *Cardiovascular research*, (53), 538-549.

Rosenfeld, A. (2004). Treatment-seeking delay among women with acute myocardial infarction: Decision trajectories and their predictors. *Journal of nursing research*, 53(4), 225-36.

Rosengren, A., Hawken, S., Önpuu, K. S., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., Ngu Blackett, K., Sitthi-amorn, C., Sato, H., & Yusuf, S. for the INTERHEART investigator. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, (364), 953-962.

Sadowski, M., Janion - Sadowska, A., Gasior, M., Gierlotka, M., Janion, M., & Polonski, L. (2011). Higher mortality in women after ST-segment elevation myocardial infarction in very young patients. (2011). *Archives of medical science*, 9(3), 427-433.

Sjoerd, T., Deckers, J.W., van Domburg, R.T., & Martijn Akkerhuis, K. (2012). Sex-related trends in mortality in hospitalized men and women after myocardial infarction between 1985 and 2008. Equal benefit for women and men. *Cirkulation*, (126), 2184-2189.
Schenck-Gustafsson, K. (Red.). (2011). *Kvinnohjärtan- Hjärt och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.

Shimamoto, Y., MizuKoshi, M., Kuroi, A., Imanishi, T., Takeshita, T., Terada, M., & Akasaka, T. (2013). Is visceral fat really a coronary risk faktor? A multi-detector computed tomography study. *International Heart Journal*, (54), 273-278.

Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: an comparative, descriptive study. *Journal of clinical nursing*, (16), 662-671.

Socialstyrelsen. Hämtat från
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013november>

Statistiska centralbyrån. Hämtat från
<http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt>.

Stockholms läns landsting. (2012). *Akut hjärtsjukvård: Behandlingsprogram*. Stockholm: Stockholms läns landsting. Hämtad från <http://www.vardgivarguiden.se/Behandla/Behandlingsprogram/AkutHjartsjukvard>.
Nerladdat 2015-02-21.

Sveriges kommuner och landsting. (2011). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: jämförelser mellan landsting*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing. Diagnosis and management*. 5:e upplagan. St. Louis: Mosby. Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Willman, A. Stoltz, P., & Bahtevsani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Albarran, J. W. 2006. Storbritannien	“It was not chestpain really, I can´t explain it!” An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction.	Att undersöka hur kvinnor upplever sina symptom vid hjärtinfarkt	Semistrukturerade intervjuer utfördes på 12 kvinnor under tiden de var inlagda på sjukhus.	n= 12 (?)	Kvinnor kan uppleva flera symptom veckor till timmar före eller som en del av den akuta hjärtepisoden. Andfåddhet tyngdkänsla i bröstet och ovanlig trötthet var några av dessa subtila symptom. Dessa symptom bortförklarades av patienten själv med reumatiska smärtor, åldringsprocessen, kroppsvikt, hormonbehandling, rökning, magbesvär och brist på motion. Symtom upplevdes från bröst, rygg, hals, överarmar händer och mage. Smärtintensiteten kunde variera från tyngdkänsla till nummenhetskänsla. Bröstsmärtor kunde beskrivas som det var smärftfullt i mitt bröst, det var inte som smärtor, mer som kramp och stelhet i bröstet, eller det var inte smärtor mer som en obehagskänsla. Det var inte så ont som att föda barn mer som tyngdkänsla och obehag i ryggen var två kvinnors beskrivning av symptom. Symtomen stämde inte alltid med kvinnornas förförståelse av kardiella symptom. Tio kvinnor upplevde illamående som var vanligaste symptom i den här studien. På grund av att symptom var atypiska var det flera av kvinnorna som inte sökte medicinsk rådgivning.	K I

					<p>En kvinnas tankar var att eftersom hon inte hade smärta alltså var det åldern och inte hjärtat, som var problemet så hon kände sig dum om hon kontaktade läkare för det. Kvinnor rådfrågar ofta sina anhöriga om sina symtom och kan då få svaret att eftersom symtom inte var typiska kan de inte vara kardiella vilket fördröjer kontakten med sjukvården. Att få diagnosen hjärtinfarkt kom som en chock för kvinnor. Hjärtinfarkt är något som drabbar andra var en kommentar från en av kvinnorna.</p>	
<p>Arslanian-Engoren, C. 2005 USA</p>	<p>Treatment-seeking decisions of women with acute myocardial infarction.</p>	<p>Att få en ökad förståelse för de beslutfattande processer som kvinnor som söker akut värdering av sina symtom vid hjärtinfarkt</p>	<p>Intervjuer. Kvinnor blev ombudda att beskriva sina initiala symtom, för att identifiera de symtom som påskyndade deras beslut att söka vård och för att identifiera vem eller vad som påverkade deras beslut att söka akutvård. Kvinnorna uppmanades att beskriva var de var, vem som var med dem och hur de reagerade på sina känslor när de upplevde sina initiala symtom. Kvinnorna blev</p>	<p>n=10 (?)</p>	<p>Kvinnorna väntade på att symtom skulle försvinna av sig själv. Kvinnorna beskrev följsymtom som ickekardiella, bagatelliserade betydelsen av de symtom de upplevde eller upplevde atypiska symtom. Flerparten av kvinnorna förnekade att de upplevde bröstsmärtor eller som om någon slog eller gick på bröstet, endast tre kvinnor upplevde bröstsmärtor. Kvinnor upplevde att de hade känt sig trötta i en längre tid, att de hade känt smärtor i magtrakten, ömhet i hela kroppen, och att det gurglade i bröstet vid andning. Dessa kvinnor tolkade inte sina symtom som kardiella, utan som reflux, maginfluensa,</p>	<p>K I</p>

			<p>uppmnade att beskriva hur de kom att förstå de symtom som de hade upplevt och beskriva basen för denna uppfattning. Kvinnorna tillfrågades slutligen om deras upplevelse av hjärtinfarkt stämde med vad de trodde att de visste om hjärtinfarkt och hur de förklarade dessa skillnader eller likheter.</p>		<p>virussjukdom, bihålarelaterad eller muskulära. Symtom som kallsvettighet tolkades som värmevallningar, överviktsrelaterade och relaterade till menopaus. Kvinnorna tolkade inte sina symtom som allvarliga utan bagatelliserade betydelsen av dem och bortsåg från dem. Obehag ut mot armbågarna var en av kvinnornas smärtupplevelse som påskyndade beslutet att kontakta sjukvården. Kvinnor uppgav att andnöd var det som fick dem att påskynda beslutet att söka sjukvård. Kvinnor meddelade att de skulle känna sig fåniga om de inte blev diagnosticerade med hjärtinfarkt när de sökte vård. Fyra av kvinnorna uppgav att de upplevde smärtorna så starka att de kände att de inte stod ut längre. När smärtorna började stråla ut i vänster arm förstod de att det var symtom på hjärtinfarkt. Smärta som strålade ut mot skulderbladen var det som fick en kvinna att söka akutsjukvård. För att förstå de symtom som kvinnorna upplevde, använde de sig av den bild av hjärtinfarkt som massmedia skapat och jämförde sina symtom med manliga familjemedlemars som hade genomgått hjärtinfarkt. Alla studiedeltagarna beskrev att deras</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					symtom inte stämde med hur de förväntade det skulle upplevas att genomgå ett hjärtinfarkt. De förväntade sig att hjärtinfarkt skulle följas av illamående och svettningar, stark smärta i armar, rygg och käke.	
Berg, J., Björck, L., Dudas, K. Lappas, G. & Rosengren, A. 2009. Sverige.	Symptoms of a first acute myocardial infarction in women and men	Att analysera könsskillnader i symptom i en väldefinierad populationsbaserad urval av män och kvinnor som upplever sitt första hjärtinfarkt.	Information om symptom insamlades från INTERGENE-studien. Patienternas medicinska journal granskades för att finna symptom på hjärtinfarkt och förekomsten av symptom jämfördes med könstillhörighet.	n=173 M n= 52 F (?)	Bröstmärtor var vanligast symptom hos både män och kvinnor, Kvinnor hade högre förekomst av illamående ryggsmärtor, yrsel och hjärtklappning. Ingen könsskillnad kunde uppvisas av smärtor i armar och axlar, kallsvett, andnöd, trötthet, smärtor i halsen, magsmärter, kräkning, smärtor i käkarna eller syncope (avsvimnad).	R I
Chen, W. Woods, S.L. Wilkie, D.J. & Puntillo, K.A. 2005 USA	Gender differences in symptom experiences of patients with acute coronary syndromes.	Att jämföra hur män och kvinnor upplever sina symptom vid kranskärlssjukdom.	Tre frågeformulär fylldes i av deltagarna som innehöll Bakgrundsinformation, Checklista över symptom och MPQ Modifierad McGill pain Questionnaire.	n= 66 M n= 46 F (?)	Kvinnor beskriver sina symptom som obehag i bröstet och inte bröstsmärtor. Kvinnor med kranskärlssjukdom har sina obehag på andra ställen på kroppen än män.	
Gallagher, R., Marshall, A. P. & Fisher, M.	Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for	Att beskriva hur kvinnor upplevde sina symptom och hur de sökte hjälp för sina kardiella symptom.	Tio kvinnor som hade genomgått PCI inom 24 timmar efter symptomdebut p.g.a akut coronart syndrom (ACS)	n=10 (?)	Kvinnorna upplevde prodromala symptom timmar/dagar före hjärtinfarkt. Kvinnorna upplevde spänning i halsen, trångghetskänsla och smärta i halsen, andnöd, illamående,	K I

J. 2010 Australien	the first time.		för första gången intervjuades. En semistrukturerad intervjustudie som fokuserade på kvinnornas upplevelse utfördes.		magbesvär och trötthet, symtomen var tve tydlig och följdes av flera sjukdomsupplevelser som astma och gastroesofageal reflux .yrsel, och avsvimmande, inte smärta, mer som astma var en kvinnas beskrivning av sina symtom. Alla kvinnorna upplevde till slut klassiska symtom på hjärtinfarkt inkluderat bröstsmärtor. Intensiteten på smärtorna kunde dock variera från mild till allvarlig. Trots att kvinnorna upplevde klassiska symtom på hjärtinfarkt, valde kvinnorna varierande sätt att söka hjälp på som återspeglade deras brist på medvetande om allvarlighetsgraden av situationen. Flera kvinnor kontaktade sin husläkare först i stället för akutmedicinska tjänster. Kvinnorna självmedicinerade och väntade på att symtom skulle gå över av sig själv. Kvinnorna bad anhöriga att köra dem till sjukhus. En kvinna bad en god vän köra henne till husläkaren. En kvinna körde själv till sjukhuset medan upplevde bröstsmärtor. Kvinnorna hade svårigheter med att tolka symtom som kardiella	
Graham, M.M. Westerhout , C.M.	Sex differences in patients seeking medical attention for prodromal symptoms	Ospecifika prodromala symptom upplevs hos patienter med kranskärlssjukdom.	Patienter med diagnosticerad kranskärlssjukdom deltog i studien. Data	n=14.230 varav 36,6 % kvinnor	De flesta patienter upplever prodromala symtom. Endast ett litet antal patienter med kranskärlssjukdom söker sjukvård för dessa symtom.	CCT. I

Kaul, P. Norris, C.M. & Armstrong, P.W. 2008 Canada	before an acute coronary event	Att fastställa med vilken frekvens denna patient- grupp söker sjukvård för dessa symtom.	samlades in från databaser. Symtomen hade upplevts 90 dagar före ACS. Definitionen på dessa symtom var smärta i bröst, armar käke,axlar, hals, ben, oro, trötthet, sömnrubbingar, svaghetskänsla, illamående, aptitlöshet, matsmältningsproblem, yrsel, huvudvärk, synrubbingar, svettningar, andfåddhet, hjärtklappning och domningar.	n=9022 M n=5208 F (?)		
Herning, M., Hansen, P.R., Bygbjerg, B. & Lindhardt 2010. Danmark.	Women´s experiences And behavior at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction.	Att undersöka hur kvinnors tankar, motivation, och handlingar påverkar fördröjningen att söka vård när de upplever symtom under akutfasen av STEMI.	Djupintervjuer med en fenomenologisk ram.	n= 14 (3)	Förväntningarna på hur en hjärtinfarkt kunde te sig skilde sig från det som kvinnorna upplevde under det att de hade symtom på hjärtinfarkt. De trodde att det skulle vara mer dramatiskt att få hjärtinfarkt med stark smärta i hjärtat, utstrålning av smärta till armarna (speciellt till vänster arm) och medvetlöshet. En kvinna trodde att eftersom hjärtat sitter på vänster sida av kroppen så ska smärtan sitta till vänster och inte centralt i bröstet. En kvinna med tidigare angina pectoris förstod att hon hade symtom från hjärtat, men	K I

					<p>kontaktade inte sjukvården då hon trodde att smärtan var varningstecken och inte hjärtinfarkt och behandlade smärtan med nitroglycerin i stället. Att tolka symtom som någonting mera känt som magåkomma eller lunginflammation fördröjde kontakten med sjukvården. När kvinnorna kunde tolka symtomen som kardiella , fördröjdes inte kontakten med Kvinnornas tvekan att söka sjukvård var påverkad av att de tyckte att det skulle vara pinsamt om det var falsk alarm. För att lindra symtom användes metoder som vila, ta smärtstillande tabletter eller nitroglycerin.</p> <p>En ensamlevande kvinna hade en handlingsplan i händelse av olycks-händelse. Hon vaknade mitt i natten med bröstsmärta och tolkade smärtorna som kardiella och kontaktade akutsjukvården omedelbart och följde den handlingsplan som hon hade gjort upp tillsammans med sina barn innan insjuknandet. Att det var någon annan närvarande vid symtomdebut förkortade tiden för att söka vård, kvinnorna lät familjemedlemmar ta beslutet att kontakta sjukvården.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Higginson, R. 2007. Storbritannien.	Women's help-seeking behavior at the onset of myocardial infarction.	Att undersöka hur kvinnor upplever det att insjukna i hjärtinfarkt.	Två frågeställningar gjordes. Hur upplever kvinnor det att insjukna i hjärtinfarkt och vilka faktorer påverkar kvinnors beslut om att söka hjälp för hjärtinfarktssymtom? Grounded theory användes för att designa denna kvalitativa studie. Semistrukturerade intervjuer utfördes under rehabiliteringsfasen på 25 kvinnor som genomgått hjärtinfarkt.	n=25 (?)	Tjugotre av kvinnorna bestämde sig för att inte söka hjälp när de fick bröstsmärtor utan valde självmedicinering i stället. Flera av kvinnor tog ASA eller paracetamol och gick och lade sig, då de inte ville vara till besvär för andra. Flera av kvinnorna förstod inte att bröstsmärtorna var symtom på hjärtinfarkt.	K I
Isaksson, R.-M., Brulin, C. Eliasson, M., Näslund, U. & Zingmark. 2013 Sverige	Older women's prehospital experiences of their first myocardial infarction.	Att utforska äldre kvinnors prehospitala upplevelse vid sitt första hjärtinfarkt.	Intervjuer utförda på kvinnor mellan 65-80 år som diagnostiserats med sitt första hjärtinfarkt, tre dagar efter inläggelse på sjukhus.	n= 20 (3)	Kvinnorna beskrev sina symtom som vaga till överväldigande. Alla kvinnorna försökte att behandla sig själva innan de sökte vård, någon tog smärtstillande tabletter några gick och lade sig. Kvinnorna sökte inte hjälp när symtom var som värst utan väntade tills en lämpigare tidpunkt. Kvinnorna satte andras behov före sina egna. Sociala plikter var viktigare för kvinnorna än att söka sjukvård.	K I
King, K. B. & McGuire,	Symptom presentation and time to seek care in women and men	Att pröva hypoteserna att kvinnor med hjärtinfarkt har andra	Intervjuer .Symtom representation Questionnair	n=30 M n =30 F (2)	Det fanns ingen signifikant könsskillnad vad gäller åtgärder för symtomhantering eller uppfattning om att de förelåg risk	CCT I

M. A. 2007 USA	with acute myocardial infarction.	symptom än män, att kvinnor har andra uppfattningar om risker och symtom för hjärtinfarkt än män, kvinnor använder längre tid för att söka hjälp för hjärtinfarktssymtom än män, att symtomerna för hjärtinfarkt stämmer överens med förväntade symtom kan relateras till kortare tid för att söka hjälp.	(SRQ) användes. Deltagarna ombads beskriva vilka åtgärder som togs för att hantera sina symptom, om de visste ifall de hade riskfaktorer för att utveckla kranskärslsjukdom och om de symtom de hade haft motsvarade deras förväntningar på hjärtinfarktssymtom och vad det var som inte motsvarade dessa förväntningar.		för att utveckla hjärtinfarkt. De flesta patienterna rapporterade att de hade oförväntade symtom. Smärtorna var mindre intensiva än väntat hos 26 patienter och lokaliseringen på smärtan var oväntad hos 16 av patienterna. Ingen skillnad mellan könen fanns vad gäller tid för att söka vård för sina symtom. De patienter som upplevde att deras symtom stämde med vad de hade förväntat hade sex gånger större chans att ankomma akuten inom en timme efter symtomdebut. Kvinnor upplevde centrala bröstsmärtor i mindre grad än män och smärtor i höger axel i högre grad än män. En känsla av obehag, smärta, trånghet, tryck, molande värk och tyngdkänsla var det vanligaste sättet att beskriva symtom. Hantering av symtom: Det vanligaste var att den första de talade med om sina symtom varen anhörig eller vän. De flesta vilade, hälften av deltagarna försökte lindra symtom med att djupanda, röra på sig eller sträcka på sig, eller att gå omkring eller tog smärtstillande medel.	
Kirchberger, I., Heier, M.,	The patient's interpretation of myocardial infarction	Att identifiera faktorer som kan förknippas med igenkännande av	Intervjuer utfördes på patienter medans de var inlagda på sjukhus. En	n=1684 M n=559 F (711)	Hälften av studiedeltagarna kunde tillskriva sina symtom till hjärtat. De symtom som var lättast att	I CCT

Wende, R. von Scheidt, W. & Meisinger, C. 2012 Tyskland.	symptoms and its role in the decision process to seek treatment: the MONICA/KORA myocardial infarction registry.	hjärtssymtom och att undersöka sammanhanget med misstolkandet av hjärtssymtom och fördröjning av kontakt med sjukvården.	enkät användes. Frågor om bröstsmärtor eller andra symtom eller problem användes. Patienterna tillfrågades hur lång tid det tog mellan symtomdebut och när de blev undersökt av läkare. Mer eller mindre än 2 timmar var gränsen mellan tidig eller sen respons.		känna igen som hjärtssymtom var bröstsmärtor och smärtor i vänster arm. Kvinnor var sämre på att känna igen hjärtssymtom än män.	
Lockyer, L. Storbritannien . 2004	.Womens's interpretation of their coronary heart disease symptoms.	Att undersöka kvinnors egen tolkning av de symtom som de upplever vid insjuknandet i kranskärlssjukdom.	Semi-strukturerade intervjuer.	N=29 (?)	Endast tre av deltagarna aldrig tidigare upplevt några symtom innan de drabbades av akut hjärtinfarkt. De flesta deltagarna hade upplevt symtom månader till år före hjärtinfarkten. Flera av kvinnorna hade upplevt symtom som trängetskänsla i bröstet, domningar, tyngdkänsla/ pirningar i armarna och i käkarna. De flesta kvinnorna ignorerade symtom eller självmedicerade. Bortförklaring av symtom med ex. ålder eller trötthet förekom hos flera. kvinnor använder att inte vara till besvär för sin läkare som skäl till att inte söka sjukvård. Att inte söka läkare gav en del kvinnor en stolthetskänsla. Anfåddhet vid ansträngning var vanligast förekommande symtom och bortförklarades av de flesta kvinnor som	K I

					att det tillhörde det normala åldrandet. Kvinnor frågar ofta sina anhöriga om råd när de upplever kardiella symtom. De flesta blev då uppmuntrade att söka läkare, men några kvinnor som tog hand om sjuka makar fördröjde att söka hjälp för att inte göra maken upprörd. En kvinna fördröjde kontakten med läkare en hel vecka när hon fick hjärtinfarkt då hennes man menade att eftersom hennes puls var normal kunde det inte vara hjärtinfarkt hon hade. Kvinnor kontaktade t vänner och familj när de upplevde kardiella symtom som för det mesta uppmuntrade kvinnorna att söka läkare. Däremot kunde äkta makars inblandning få ett blandat resultat. De flesta sökte sjukvård först när vänner och familj involverades.	
Lövlén, M., Johansson, I., Hole, T. & Schei, B. 2009 Norge	Early warning signs of an acute myocardial infarction and their influence on symptoms during the acute phase, with comparisons by gender.	Att bedöma tidiga varningstecken (prodromala symtom) på akut hjärtinfarkt med jämförelse mellan könen och att fastslå om dessa symtom hade något inflytande på patienternas hjärtinfarkt.	Frågeformulär användes för att inhämta information om prodromala symtom, som definierades som Smärtor i bröst, axlar/rygg utstrålningssmärta eller domningar i armarna, andfåddhet, och trötthet. Symtom rapporterades från året före hjärtinfarkt och under	n= 384 M n= 149 F (39)	Ingen signifikant skillnad mellan könen kunde uppvisas vad gäller symtom året före hjärtinfarkt. Patienter som haft prodromala symtom året före hjärt-infarkt hade en ökad risk för att uppleva liknande symtom under akutfasen av hjärtinfarkt.	Multicent er krossektio nal. I

			akutstadiet.			
Lövlien, M., Schei, B. & Hole, T. 2006 Norge	Women with myocardial infarction are less likely than men to experience chest symptoms.	Att bedöma likheter och skillnader mellan kvinnor och män angående upplevelse och tolkning av symtom på hjärtinfarkt Före sjukhusinläggelse	Frågeformulär innefattande frågor om patientens tidigare sjukdomar, akuta symptom, sjukdoms förväntningar och sjukdomsbeteende. Deltagare var män och kvinnor < 76 år.	n=384 M n= 149 F (0)	Kvinnor upplever bröstsmärtor som symptom vid hjärtinfarkt i lägre grad jämfört med män. Kvinnor upplevde illamående, hjärtklappning, andfåddhet svimning, ryggsmärtor och smärtor mellan skuldrorna i större utsträckning än män.	CCT I Svaghet Deltagarna < 76 år

Lövlien, M. Schei, B. Gjengedal, E. 2005. Norge.	Are there gender difference related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian Perspective.	Att jämföra symtombilden och sjukdomsbeteendet hos kvinnor och män med hjärtinfarkt och bedöma olika aspekter som påverkar prehospita fördröjning	Frågeformulär delades ut 3-4 dagar efter inläggelse på sjukhus på grund av förstagångshjärtinfarkt.	n=82 38 F 44 M (16)	Fler kvinnor än män upplevde illamående i tillägg till smärtor i armar, rygg käkar och hals. Kvinnor kopplade inte sina symtom till hjärtat i samma utsträckning som männen gjorde. Kvinnor kände trötthet året före hjärtincidenten i större utsträckning än män. Kvinnor upplever större mångfald av symtom jämfört med män	CCT I
Moser, D.K. McKinley, S. Dracup, K. & Chung, M.L. 2004. USA	Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms.	Att undersöka könsskillnader på de faktorer som bidrar med att individer fördröjer att söka vård för symtom på kranskärslsjukdom.	Jämförande undersökning på patienter som diagnostiserats med akut hjärtinfarkt. Data samlades in från frågeformulär och intervjuer. Medelåldern på män var 53 år och på kvinnor 64 år.	n=98 M n= 96 F (?)	Kvinnor som hade genomgått hjärtinfarkt tidigare hade längre fördröjning för att söka vård än de som inte hade haft hjärtinfarkt tidigare. Att inte vara till besvär för andra var en faktor som bidrog till fördröjning hos kvinnor (inte hos män) Ålder var en faktor som bidrog till fördröjning hos kvinnor. Endast nio procent av kvinnorna kontaktade akuten som initial reaktion vid symtomdebut Kvinnorn självmedicinerade eller vilade för att lindra symtom.	CCT I Jämt antal Kvinnor och män gör att den här studien får högt betyg
O'Donell, S., McKee, G. O'Brien, F. Mooney, M & Moser, D.	Gendered symptom presentation in acute coronary syndrome: A cross sectional analysis.	Att beskriva kliniska och sociodemografiska skillnader mellan män och kvinnor som fått diagnosen kranskärslsjukdom. Fastställa lokalisering,	Symtom och medicinska data samlades in retrospektivt hos patienter som genomgått akut hjärtinfarkt. Strukturade intervjuer utfördes 2-4 dagar efter	n=1402 M n= 545 F (756)	Bröstmärtor var vanligaste symtom. Att kvinnor inte upplevde bröstsmärtor var vanligare än att män inte gjorde det. Kvinnor upplevde i stället andfåddhet. Kvinnor upplever andfåddhet, hjärtklappning, smärtor i vänster arm, ryggsmärtor, smärtor i	RCT I

2012 Ireland.		karaktär, debut, allvarlighetsgrad och antal på symtom hos män och kvinnor med kranskärslsjukdom Fastställa om symtom skiljer sig mellan män och kvinnor med kranskärslsjukdom medan man kontrollerar för kliniska och sociodemografiska variabler. Bedöma om det finns könsskillnader på kranskärslsjukdoms-symtom mellan tre kliniska diagnoser (STEMI, NSTEMI och instabil angina)	inläggelse på sjukhus. Kvinnors ålders median 66, män 62		hals/käke, illamående, trötthetskänsla och rädsla i större utsträckning än män. Kvinnor med STEMI upplevde illamående oftare jämfört med män. Kvinnor med NSTEMI kände oftare trötthet, svettningar och hjärtklappning jämfört med män.	
O'Donnell, S., Condell, S., Begley, C. & Fitzgerald, T. 2006. Ireland.	Prehospital care pathwaydelays: gender and myocardial infarction.	Att besvara frågorna; Har kvinnor och män med hjärtinfarkt liknande vårdkedja? Är tid från symtomdebut till reperfusion-behandling likadan för män och kvinnor?	Kvantitativ undersökning Data från akutmottagningen samlades in retrospektivt. En feministisk metodologisk inriktning användes som placerade genus i centrum av frågeformuläret. Frågeformulär användes på patienter som ankom	n=277 F n= 613 M (?)	Kvinnor med hjärtinfarkt har större benägenhet än män att fördröja att söka vård, och verkar tolka sina symtom som ofarliga i högre utsträckning än män. Fastän kvinnorna kände att symtomen blev värre valde kvinnorna att självmedicinera med antacida eller vila eller tog ett bad. Flera upplevde vantro och menade att de aldrig miss-tänkte att symtom kom från hjärtat. Kvinnorna trodde att symtom kom från magen och att symtom skulle gå över av sig själv. Kvinnorna trodde att det	(R) I

BILAGA I

			till akutmottagningen. Dagboksanteckningar om kvinnors upplevelse fördes av forskaren.		skulle vara mer dramatiskt att få hjärtinfarkt än de hade upplevt.	
--	--	--	---	--	---	--

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Referenser

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.