



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatexamen

Den kvinnliga patientens erfarenhet och upplevelse vid akut kranskärslsjukdom, en litteraturöversikt

**The female patient's experience and perception of acute coronary
disease, a literature review**

Författare: Lina Andersson
Handledare: Anna Anåker
Examinator: Jan Florin
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Kurskod: VÅ2022
Poäng: 15hp
Examinationsdatum: 2017-04-27

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Den vård som bedrivs vid akut kranskärslssjukdom är idag bristande när det gäller jämställdhet. Männen har varit och är dominerande i den forskning som bedrivs om kranskärslssjukdom, vilket utsätter kvinnan för risk vid både diagnos och behandling av sjukdomen. Det råder bristande medvetenhet om genusperspektiv vid vårdandet av akut kranskärslssjukdom, och mer forskning behövs för att uppmärksamma sjuksköterskans behov av att tillämpa detta förhållningssätt.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva den kvinnliga patientens erfarenhet och upplevelser vid akut kranskärslssjukdom.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturöversikt där tio kvalitativa artiklar granskades. Databaserna PubMed, CINAHL och Google Scholar användes vid sökningen.

Resultat

Resultaten i denna litteraturöversikt visar hur den inlärd förväntan om typiska symptom och tecken på akut kranskärslssjukdom påverkat kvinnorna vid tolkningen av deras symptom. Under sjukdomsförloppet framkom även hur kvinnorna förminskade och förnekade allvaret i situationen. Symptomen kunde kopplas till mindre allvarliga åkommor, biverkningar av en ny medicin eller bortförklaras med stigande ålder.

Slutsats

En djupare förståelse för hur kvinnor reagerar vid debuten av akut kranskärslssjukdom är nödvändig för att sjuksköterskor ska kunna agera adekvat då kvinnan inkommer till sjukhuset.

Nyckelord

Akut kranskärslssjukdom, Erfarenhet, Kvinnor, Omvårdnad, Upplevelse

ABSTRACT

Background

The care provided in acute coronary disease is currently inadequate in terms of gender equality. The men have been and still are dominant in the research conducted on coronary heart disease, which means putting the woman at risk at both the diagnosis and treatment of the disease. There is a lack of awareness of gender perspectives in the treatment of acute coronary disease, and more research is needed to alert the nurse need to apply this approach.

Aim

The aim of this literature review is to describe the female patient's experience and perception in acute coronary disease.

Methods

The study was conducted as a literature review where ten qualitative articles were reviewed. The databases PubMed, CINAHL and Google Scholar were used in the research.

Results

The results of this literature review shows how the learned expectation of the typical symptoms and signs of acute coronary disease affecting women in the interpretation of their symptoms. During the course of the disease it was also shown how the women diminished and denied the seriousness of the situation. The symptoms could be associated with less serious ailments, side effects of a new medication or be explained away with age.

Conclusion

A deeper understanding of how women react at the onset of acute coronary syndrome is necessary for nurses to be able to act adequately when the woman arrives at the hospital.

Keywords

Acute coronary disease, Experience, Nursing care, Perception, Women

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Genusperspektiv inom omvårdnad	1
Sjukdomsförloppet	1
AKUT KRANSKÄRLSSJUKDOM.....	1
HJÄRTINFARKT	2
INSTABIL KÄRLKRAMP.....	3
Könsskillnader vid akut kranskärlssjukdom	3
SYMPTOMBILD.....	3
DIAGNOS.....	4
BEHANDLING	4
Eventuella orsaker till rådande könsskillnader	5
Sjuksköterskan och bemötandet	6
JÄMLIK VÅRD	6
INDIVIDANPASSAD VÅRD	6
PERSONCENTRERAD VÅRD	7
Problemformulering	8
Syfte	8
METOD	8
Design	8
Urval av litteratur	8
INKLUSIONSKRITERIER	8
EXKLUSIONSKRITERIER	8
SÖKORD.....	9
Värdering av artiklarnas kvalitet	9
Tillvägagångssätt	9
Analys och tolkning av data	9
Etiska överväganden	10
TABELL 1.....	10
RESULTAT	11
Inlärd förväntan	11
Förminskande & Förnekande	12

Att förstå allvaret	13
Skam, Oro & Misstro	15
Accepterandet av sjukdomen	17
Positiva känslor	19
DISKUSSION	20
Sammanfattning av huvudresultaten	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	23
Etikdiskussion	24
Klinisk betydelse för samhället	25
Slutsats	25
Förslag till vidare forskning	26
REFERENSER	27
BILAGA 1.....	31
BILAGA 2.....	32

INLEDNING

Under sjuksköterskeutbildning har jämställdhetsfrågor belyst ett flertal gånger, och uppsatsförfattarens intresse för könsskillnader inom vården har vuxit under tidens gång. Denna studie fördjupar sig i kvinnors upplevelser vid akut kranskärslsjukdom, och utgår från kvinnornas berättelser beskrivna med deras egna ord. Detta möjliggör en djupare inblick i hur kvinnorna påverkas av den ojämställda vården i det akuta skedet, och kan även hjälpa sjukvårdspersonal i stort att tillämpa ett genustänk i vårdandet av män och kvinnor. Det behövs mer forskning kring kvinnors upplevelser vid kranskärslsjukdom, vilket gjorde det extra betydelsefullt att genomföra denna studie.

BAKGRUND

Genusperspektiv inom omvårdnad

Genus beskriver det sociala perspektivet på det biologiska könet. Vi föds in i en roll som man eller kvinna, och blir formade efter de sociala normer som beskriver vad som är ett relevant beteende för män respektive kvinnor. Inom sjukvården bemöts patienter ofta utifrån uppfattningar och förväntningar om vad som är typiskt manliga och kvinnliga tecken och symptom på sjukdom. Genom att uppmärksamma genusperspektiv inom omvårdnad, kan en medvetenhet om skillnader i bemötandet av män och kvinnor uppmärksammas och tydliggöras (Öhman, 2009).

Behovet av att öka kunskapen om genus inflytande i vården växer. Idealet inom vården är att könsskillnader och könsspecifika behov synliggörs och tillgodoses, men idag uppfylls inte dessa mål (Socialstyrelsen, 2014). Genom att synliggöra och förstå grunden till de könsskillnader som råder möjliggörs utveckling till bättre instrument för diagnostisering och behandling av sjukdom för både män och kvinnor (Schenck-Gustafsson, 2011).

Sjukdomsförloppet

AKUT KRANSKÄRLSSJUKDOM

Akut kranskärslsjukdom innefattar två olika hjärtsjukdomar; Akut ST-höjningsinfarkt (STEMI) och instabil kärkrampssjukdom. Ofta beror akut

kranskärslssjukdom på ett åderförfettningssplack som brustit och vidare lett till en proppbildning. Patienter som drabbats av akut kranskärslssjukdom ska ges intensiv behandling och övervakas med hög uppmärksamhet på förloppet. Patienten ska undersökas med EKG och ges smärtlindring redan under ambulanstransporten, samt ges snabb diagnostisk behandling på sjukhuset. Vilken behandling som väljs beror på vilken typ av diagnos patienten får (Vasko, 2013).

HJÄRTINFARKT

Vid en hjärtinfarkt hindras blodet från att strömma igenom hjärtats kranskärl och den drabbade delen av hjärtat utsätts för syrebrist. Ofta beror detta på ruptur av ett plack i kärlet, vilket leder till proppbildning. Om blodgenomströmningen i kärlet fungerat normalt tidigare har inte nya kärl bildats, så kallade kollateralkärl, vilket leder till att alla muskelceller dör i det drabbade området (Vasko, 2013).

En obehandlad hjärtinfarkt innebär en mycket hög risk för att dö (Socialstyrelsen, 2015). Närmare 80 fall av akut hjärtinfarkt inträffar varje dag i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Tack vare förändrad livsstil inom befolkningen och förbättrade akuta samt rehabiliterande åtgärder vid hjärtinfarkt har antalet dödsfall halverats de senaste 20 åren (Socialstyrelsen, 2015). Även förändringar i kriterier vid diagnostisering har minskat antalet dödsfall (Socialstyrelsen, 2017).

De symptom som vi idag kallar typiska vid en hjärtinfarkt beskrivs som en ihållande tryckande eller sprängande smärta i bröstet, som strålar ut i ena eller båda armarna, till nacken, käkarna, magen eller ryggen. Kvinnors symptom yttrar sig mer annorlunda från männens (Hjärt-Lungfonden, 2016b).

Behandling av STEMI görs med reperfusionsbehandling. Detta innebär att patienten antingen ges farmakologisk (trombolys) eller mekanisk (Perkutan koronar intervention - PCI) behandling (Vasko, 2013). Även kranskärloperation kan bli aktuell vid förträngningar i kranskärlet (Ericson & Ericson, 2012).

PCI är ett samlingsbegrepp för de metoder som används vid återskapandet av blodgenomströmning i det drabbade blodkärlet, och innefattar ballongdilatation, stentbehandling eller atrektomi. Kranskärloperation (så kallad Coronary artery

bypass graft – CABG) innebär en operation där nya kärl skapar förbindelser förbi det drabbade området i kranskärlet (Ericson & Ericson, 2012).

INSTABIL KÄRLKRAMP

Instabil kärlkramp innebär en plötsligt försämrad kärlkramp med symptom som ofta är lättutlösta, har hög intensitet, högre frekvens och ibland även råder under vila. Symptomen liknar de vid hjärtinfarkt, och patienten övervakas och diagnostiseras på samma sätt som vid hjärtinfarkt. De förändringar man ser på EKG vid instabil kärlkramp utgörs dock av ST-sänkningar eller T-vågsförändringar. Bilddiagnostik med kranskärlsröntgen övervägs för att få specifik diagnos av kranskärlsförändringen (Ericson & Ericson, 2012).

För att inte proppen ska byggas på ytterligare vid instabil kärlkramp, behandlas patienten med trombolys. PCI görs först och främst på de patienter som löper risk att återinsjukna i ny episod av instabil kärlkramp (Ericson & Ericson, 2012).

Könsskillnader vid akut kranskärslssjukdom

SYMPTOMBILD

I det initiala skedet av akut kranskärslssjukdom beskriver män och kvinnor olika symptom (Lokhandwala & Skelding, 2009).

Kvinnor har ofta fler atypiska symptom (Kawamoto, Davis & Duvernoy, 2016), så som fatigue, buksmärtor, illamående och kräkningar samt dålig matsmältning (Lawton, 2011). Kvinnor som drabbats av akut kranskärslssjukdom har också visat sig vara överviktiga i större utsträckning än män. Även depression, högt blodtryck, kronisk njursjukdom och diabetes ses i fler fall hos kvinnor (Kawamoto et al., 2016).

Studier visar att kvinnor som menstruerar har ett bättre skydd av östrogen och löper därför mindre risk att drabbas av akut kranskärslssjukdom (Kawamoto et al., 2016).

Patofysiologin vid akut kranskärslssjukdom skiljer sig mellan män och kvinnor. Kvinnor drabbas till exempel sällan av plackbristning i det akuta skedet, vilket kan förklaras av att kvinnan har ett skydd av östrogen, medan detsamma är vanligt

förekommande hos män. Genom ökad kunskap om skillnader i mäns och kvinnors patofysiologi kan vi förstå de olika symptombilderna bättre, och därmed tillämpa rätt behandling (Kawamoto et al., 2016).

DIAGNOS

Vid vårdandet av patienter med akut kranskärlssjukdom syns könsskillnader vid diagnostisering. Kvinnor ges kranskärldröntgen i mindre utsträckning än männen (Lokhandwala & Skelding, 2009), och får även vänta längre på diagnos (Lawton, 2011).

I en studie av Omran & Al-Hassan (2006) beskrivs hur kvinnor diagnostiseras med hjärtinfarkt mer sällan än män, och att detta kan bero på att kvinnors atypiska symptombild leder till feldiagnostisering. De påtalar även att den rådande dödligheten bland kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt kan bero på just feldiagnostisering.

Lokhandwala & Skelding (2009), belyser eventuella orsaker till varför kvinnan inte ges identisk diagnostisk behandling som männen. En orsak kan vara att försiktighet vidtas vid överväganden om kranskärldröntgen är relevant för en kvinna som fortfarande menstruerar, eftersom strålningen vid undersökningen ger ökad risk att drabbas av bröstcancer.

Kvinnor som drabbas av akut kranskärlssjukdom är ofta äldre än 75 år, och därmed cirka 13 år äldre än män vid sjukdomsdebuten. En kvinna som är under 75 år gammal löper större risk att dö av akut kranskärlssjukdom än män. Detta beror på att diagnostisering inte utförs lika noggrant på yngre patienter, då det är ovanligt att de drabbas av akut kranskärlssjukdom (Lokhandwala & Skelding, 2009).

BEHANDLING

Lokhandwala & Skelding (2009) presenterar ett flertal studier som belyser skillnader i män och kvinnors behandling vid akut kranskärlssjukdom. De olika symptomen av samma sjukdom resulterar bland annat i att kvinnan får mindre aggressiv och fördröjd behandling.

Vid hjärtinfarkt inkommer kvinnan senare än mannen till sjukhuset efter symptomdebuten (Kawamoto et al., 2016). Kvinnor får vänta längre än män på medicinsk behandling (Lawton, 2011; Omran & Al-Hassan, 2006), och operationer ges i större utsträckning till män (Omran & Al-Hassan, 2006). Nya behandlingar har även visats nå män i första hand, medan man också sett att kvinnor får sämre tillgång till vård och behandling. Analyser visar vidare hur kvinnor inte får operationer i den utsträckning som är tänkt (Socialstyrelsen, 2004), samt mindre morfin än män på hjärtintensivavdelningen. (Schenck-Gustafsson, 2011).

Kvinnor drabbas oftare av komplikationer som hjärtsvikt och stroke under behandlingen av akut kranskärslsjukdom (Lokhandwala & Skelding, 2009). Vid behandling av hjärtinfarkt är det också vanligare hos kvinnor att återinsjukna i ny infarkt eller drabbas av stor blödning eller stroke (Kawamoto et al., 2016).

Kvinnor får vänta längre till behandlingar som CABG och PCI, och drabbas i större utsträckning än män av komplikationer som stroke, sårinfektion, kardikogen chock och njursvikt. Kvinnor är även i behov av blodtransfusion oftare på grund av stora blödningar. Kvinnors vårdperiod på intensivvårdsavdelningen är ofta längre än mäns, och återhämtningsfasen likaså (Kawamoto et al., 2016).

Dödsfall under sjukhusvistelsen drabbar fler kvinnor än män vid akut kranskärslsjukdom (Kawamoto et al., 2016). Ett flertal diskussioner råder om vad detta kan bero på. Omran & Al-Hassan (2006) belyser att dödligheten bland kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt kan bero på att färre aggressiva behandlingar ges till kvinnor. I Lokhandwala & Skelding (2009) studie framgår även att kvinnor ofta ges för hög dos av antikoagulantia, och att detta kan bero på att tidigare forskning baserats på mäns kroppsbyggnad och därför inte stämmer överens med kvinnans anatomi.

Eventuella orsaker till rådande könsskillnader

I forskning som gjorts kring läkemedel vid hjärtinfarkt har mannen varit den dominerande representanten, vilket kan vara riskfyllt vid behandling av kvinnor (Schenck-Gustafsson, 2011). Lokhandwala & Skelding (2009) belyser att kvinnor ofta är underrepresenterade i studier om olika behandlingar av akut

kranskärslssjukdom på grund av att de inte uppnår inklusionskriterierna för studien. En annorlunda symptomdebut, fördröjt uppsökande av vård eller grad av insjuknande vid ankomst till sjukhus gör att kvinnan sällan matchar studiens inklusionskriterier.

Många kampanjer har gjorts för att öka kvinnors medvetenhet att söka vård vid tidiga tecken på akut kranskärslssjukdom. Trots detta väntar kvinnor längre än män med att söka hjärtsjukvård (Kawamoto et al., 2016).

Som nämnts tidigare är smärtfysiologin olika mellan män och kvinnor. För att minska feldiagnostisering och bättre förstå mäns och kvinnors olika symptom, är det av stor betydelse att dessa skillnader i smärtupplevelse synliggörs (Schenck-Gustafsson, 2011)

Sjuksköterskan och bemötandet

JÄMLIK VÅRD

I *Nationella riktlinjer för hjärtsjukdom* ger Socialstyrelsen (2015) rekommendationer till hälso- och sjukvårdpersonal som ska garantera patienten god och jämlik vård. Jämlik vård innebär att hälso- och sjukvården bemöter och ger vård och behandling på lika villkor till alla oavsett ålder, kön, etnicitet, sexuell läggning, personlighet, funktionshinder eller social ställning. De som är i störst behov av vård ska också ges företräde. Socialstyrelsen (2004) lyfter även vikten av att kvinnor och män ska ges samma förutsättningar att få sina behov tillgodosedda i vården. För att vårdgivaren ska kunna tillgodose dessa behov krävs att hon känner till dem.

Idag skiljer vårdpersonal på män och kvinnor utan att göra större reflektioner kring detta. I de fall där mannen utgår som norm för diagnos och behandling av vissa sjukdomar, finns en risk att vårdpersonalen ej ser de skillnader som finns i mäns och kvinnors fysiologi, biologi och livsvillkor (Socialstyrelsen, 2014).

INDIVIDANPASSAD VÅRD

I Patientlagen (SFS 2014:821) beskrivs de bestämmelser som inom hälso- och sjukvård ska stärka patienter självbestämmande, delaktighet och integritet. Information ska individanpassas utifrån patientens ålder, erfarenhet, mognad,

språk eller andra individuella förutsättningar. Informationsgivaren ska även försäkra sig om att patienten förstått innehållet och betydelsen av den information som givits. Genom att personalen visar lyhördhet för patientens önskemål och individuella förutsättningar ges patienten möjlighet att delta i vårdprocessen.

Då en patient insjuknar i kranskärslsjukdom, kan det faktum att patienten blir beroende av vård leda till upplevelse av kris. I detta läge är det vårdpersonalens ansvar att individanpassa information om sjukdom och behandling för att få patienten delaktig i vårdandet (Socialstyrelsen, 2015).

PERSONCENTRERAD VÅRD

Sjuksköterskan har ett etiskt ansvar att se till att patienten blir respekterad och involverad i vården. Då sjuksköterskan ser personen bakom sjukdomen skapas förutsättningar för att tillämpa personcentrerad vård (PCV). Vid ett personcentrerat vårdande synliggörs hela personen och sjuksköterskan visar respekt för de individuella uppfattningar och tolkningar som personen har om hälsa och ohälsa. Om sjuksköterskan sätter patienten i centrum kan patienten också bli en värdefull och jämbördig partner i vårdandet (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016).

McCormack & McCance (2006) betonar hur professionell kompetens, social kompetens, engagemang i yrket och att känna sig själv är viktiga förutsättningar för att sjuksköterskan ska kunna implementera personcentrerad vård. Även vårdmiljön har visat sig ha stor påverkan på implementeringen. En stöttande organisation, jämn maktfördelning och ett system som gagnar gemensamt beslutsfattande är några av de faktorer som stödjer verkställandet av PCV.

Den personcentrerade vården innebär ett arbete där sjuksköterskan visar förståelse för patientens tro och värderingar samt engagemang och sympati för patientens upplevelser. Sjuksköterskan ska involvera patienten i beslutsfattande, samt tillgodose hans fysiska behov. För att nå en hög kvalitet på PCV krävs en sammanflätat och fungerande relation mellan patienten och sjuksköterskan (McCormack & McCance, 2006).

Problemformulering

För att kunna ge individanpassad och personcentrerad vård är det viktigt att sjuksköterskan visar förståelse och kunskap om könsskillnader som råder inom vården. Idag råder bristande medvetenhet om genusperspektiv vid vårdandet av akut kranskärlssjukdom, och mer forskning behövs för att uppmärksamma sjuksköterskans behov av att tillämpa detta förhållningssätt. Förståelse för kvinnliga patienters upplevelse av hjärtinfarkt kan hjälpa sjuksköterskan att ge en jämlik vård.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva den kvinnliga patientens erfarenhet och upplevelser vid akut kranskärlssjukdom.

METOD

Design

Denna studie utfördes som en litteraturöversikt, vilket Segesten (2012) beskriver som en relevant metod för att fastställa kunskaps- och forskningsläget inom ett visst område.

Urval av litteratur

Sökandet efter de vetenskapliga artiklarna gjordes i databaserna CINAHL och PubMed, vilka Polit & Beck (2017) beskriver som två användbara databaser för forskning inom omvårdnad. En artikel söktes med fritext i Google Scholar.

INKLUSIONSKRITERIER

De artiklar som valdes ut till studien skulle vara skrivna på engelska, ha inriktat sin undersökning mot vuxna kvinnor samt publicerats mellan år 2007–2017. För att få en bredare inblick i kvinnors erfarenhet och upplevelser inkluderades till slut studier skrivna från 2001-2017.

EXKLUSIONSKRITERIER

De artiklar som inkluderade barn och ungdomar under 18 år i undersökningen, exkluderades ur studien. Även de artiklar som inte tydligt belyste vilka upplevelser och erfarenheter som beskrevs av kvinnor exkluderades, samt de artiklar vars fokus låg på den posthospitala tiden.

SÖKORD

De sökord som användes var, *Acute coronary disease, Acute coronary syndrome, Coronary heart disease, Myocardial infarction, Women, Experience, Perception, Interviews* samt *Nursing care*. De booleska operatorerna AND och OR användes under sökandet.

Värdering av artiklarnas kvalitet

Artiklarnas kvalitet granskades och poängsattes med hjälp av Högskolan Dalarnas granskningsmall för kvalitativa artiklar (Se Bilaga 1). Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008). Artikeln kvalitetsbedömdes som låg (<60%), medel (61-80%) eller hög (81-100%).

Tillvägagångssätt

Inför sökandet av artiklarna gjordes provsökningar för att hitta de sökord som gav mest relevanta träffarna för studiens syfte. När sökorden identifierats användes inklusionskriterier och exklusionskriterier för att koncentrera träffarna ytterligare. Artiklarnas titlar lästes i första hand, och i de fall där titeln verkade överensstämma med litteraturöversiktens syfte granskades även artikelns abstrakt. Då beskrivningen av syftet och resultatet i abstraktet verkade intressant för litteraturöversikten, påbörjades analyserande av hela artikeln. Totalt granskades 17 artiklar varav tio valdes ut till litteraturöversikten. (se utvalda artiklar i bilaga 2). Samtliga artiklar till litteraturöversikten var av hög kvalitet.

Analys och tolkning av data

Friberg (2012) betonar vikten av att läsa studien flera gånger för att skapa en förståelse för textens innehåll. Friberg beskriver även det betydelsefulla i att sammanställa studieresultaten, samt jämföra de olika studiernas resultat med varandra. I slutet av analysen sammanställs de nya fynden med hjälp av teman.

Artikelns resultat lästes initialt, för att i ett tidigt skede få en förståelse för om fynden i studien stämde överens med litteraturöversiktens syfte. Därefter lästes artiklarna i sin helhet flera gånger om, och resultatdelen översattes ordagrant till svenska. Skillnader och likheter mellan artiklarna sammanställdes med hjälp av olika teman.

Etiska överväganden

Texter och fynd som används till studien har återgetts korrekt och sanningsenligt. De grundläggande etiska principerna och forskningsetiska riktlinjer som nämns i skriften *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003) har tillämpats under hela studiens gång. Dessa etiska principer handlar om *autonomi, att göra gott, att inte skada* och om *rättvisa*. För att säkerställa att artikeln visat respekt för människovärdet under forskningen skulle artikeln vara godkänd av en etisk kommitté. Vid översättningen av engelska artiklar har uppsatsförfattaren fokuserat på att få en så korrekt översättning som möjligt, samt förhindrat att texten förvrängts eller feltolkats.

TABELL 1.

Databas	Sökord	Sökår	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Utvalda artiklar till resultat
PubMed	Acute coronary disease AND Women AND Experience	2007-2017	18173 1279 67	0 0 20	0 0 2	0 0 1
PubMed	Acute coronary syndrome AND Women AND Perceptions	2007-2017	17039 1042 15	0 0 7	0 0 4	0 0 2
PubMed	Acute coronary disease AND Interviews AND Women AND Nursing care	2005-2017	21789 121 32 13	0 0 0 8	0 0 0 5	0 0 0 3
PubMed	Acute coronary disease OR myocardial infarction OR coronary heart disease AND Women AND Experience	2012-2017	10398 47341 82547 5930 197	0 0 0 0 25	0 0 0 0 2	0 0 0 0 1
CINAHL	Acute coronary disease OR myocardial infarction OR coronary heart disease AND Women AND Experience	2012-2017	1158 9015 10533 907 58	0 0 0 0 6	0 0 0 0 3	0 0 0 0 2

Artikeln av Svedlund, Danielson & Norberg (2001) hittades med hjälp av fritextsökning i Google Scholar.

RESULTAT

Resultatet har sammanställts utifrån tio artiklar. Samtliga artiklar är kvalitativa och har genomförts i följande länder; Sverige, Danmark, England, Wales, Irland, USA och Australien.

Resultatet sammanfattas med hjälp av sex huvudteman; *Inlärd Förväntan*, *Förminskande & Förnekande*, *Att Förstå Allvaret*, *Skam*, *Oro & Misstro*, *Accepterandet av sjukdomen* samt *Positiva känslor*, som belyser centrala delar i kvinnans upplevelser vid akut kranskärslsjukdom.

Inlärd förväntan

Flera kvinnor ansåg att extrem bröstsmärta var det typiska symptomet för akut kranskärslsjukdom (Herning 2011; Svedlund, 2001). I studien av Herning, Hansen, Bygbjerg & Lindhardt (2011) beskriver en kvinna hur hon lärt sig att symptomen vid en hjärtinfarkt ska yttra sig dramatiskt med en olidlig bröstsmärta som även strålar ut i den vänstra armen.

Den inlärd förväntan som många kvinnor beskriver försvårade tolkningen av symptomen. De som upplevde diffus bröstsmärta eller vars bröstsmärta inte eskalerade förrän efter ett tag, hade svårt att göra kopplingen till akut kranskärslsjukdom (Arslanian-Engoren, 2016; Banner, 2010; Davis, 2013; Fors, 2013; Gallagher, 2010; Herning, 2011; Lockyer, 2005; McInnes, 2006).

I Gallagher, Marshall & Fishers (2010) studie beskriver kvinnorna hur symptomen kunde variera och klinga av för att sedan återkomma. Vissa kvinnor hade även svårt att se någon tydlig skillnad mellan tidiga signaler och akuta symptom, vilket gjorde det svårt att koppla dem till akut kranskärslsjukdom. Flera av studierna belyser hur symptomen var svåra att tolka och koppla till eventuell kranskärslsjukdom (Banner, 2010; Davis, 2013; Fors, 2013; Gallagher, 2010; Herning, 2011; Lockyer, 2005; McInnes, 2006; Svedlund 2001).

Ännu en orsak till att kvinnorna inte kopplade sina symptom till hjärtat var för att de inte ansåg sig vara i riskzonen för eventuell kranskärslsjukdom (Fors, 2013; Gallagher, 2010; McInnes 2006). I Gallagher et al. (2010) studie framkommer att ett flertal kvinnor inte visste om att de låg i riskzonen, och att de i själva verket

hade multipla riskfaktorer. De hade tidigare lutat sig mot den egna uppfattningen om att en akut kranskärlssjukdom aldrig skulle drabba just dem.

Svedlund et al. (2001) belyser hur kvinnorna var vana med att se sig själva som givare av vård snarare än tagare. Även närstående var vana med denna bilden av kvinnan, och hade svårt att se kvinnan i behov av vård.

Förminskande & Förnekande

Ett återkommande fenomen i ett flertal av studierna var kvinnans försök till att ignorera, bortförklara eller förminska de debuterande symptomen (Banner, 2010; Davis, 2013; Herning, 2011; Lockyer, 2005). I studien av Svedlund et al. (2001) beskrivs bland annat hur kvinnorna förnekade och tog avstånd från sin sjukdom och sina symptom, hellre än att möta dem.

Banner (2010) & Lockyer (2005) belyser i sina studier hur kvinnorna förmildrade och förklarade uppenbara symptom som till exempel bröstsmärta som en orsak till deras stigande ålder. I Fors, Dudas & Ekmans (2013) studie framkommer även hur en kvinna vid symptomdebuten kopplar alltsammans till en av hennes nya blodtrycksmediciner, och att symptomen nog beror på bieffekter av den nya medicinen.

De kvinnor som tidigare upplevt en hjärtinfarkt lutade sig mot kunskapen efter tidigare erfarenhet och valde att stanna hemma tills allvarhetsgraden ökade (Davis et al., 2013). I Hernings et al. (2011) studie beskrivs även hur kvinnor som kopplat symptomen till hjärtat väntat med att ringa ambulansen då de ansåg att bröstsmärtan endast var en varning på något allvarligt. En kvinna förklarade att det är först när du svimmar som situationen ska ses som allvarlig. Gallagher et al. (2010) och Lockyer (2005) beskriver även hur kvinnor försökte vänta ut symptomen, i hopp om att de skulle försvinna.

Trots insikten om allvaret i situationen sågs hushållet och resten av familjen komma i första hand (Banner, 2010) och många kvinnor fortsatte som vanligt genom att ignorera smärtan (Davis et al., 2013). Banner beskriver hur kvinnor även under sjukhusvistelsen banaliserande och underrapporterade sina symptom, vilket kunde vara en förklaring till varför kvinnorna feldiagnostiserades initialt.

I Davis et al. (2013) studie beskrivs hur kvinnorna minimerade symptomen prehospitalt. De ville inte ställa till en scen inför barnen, och var rädda att oroa de närstående. En kvinna beskrev hur hon, samtidigt som hon upplevde symptom och packade sin väska för att åka till sjukhuset, skrattade och skämtade med maken - allt för att försöka lätta upp stämningen och lindra hans oro.

Davis et al. (2013) betonar även kvinnornas förnekade av symptom för att kunna ordna saker och ting i hemmet innan det var dags för avfärd till sjukhuset. Om de skulle behöva vara borta en längre tid var det viktigt att de arrangerat så att resten av familjen mår bra medan de var borta. Även om symptomen eskalerade under tiden fortsatte kvinnan tills hon ansåg sig färdig med hushållsarbetet. Kvinnor som arbetade såg till att någon tog över hennes sysslor under tiden hon var borta.

Då symptomen var svåra att tolka, och ofta kopplades till mindre allvarliga sjukdomar, försökte kvinnorna lindra obehagen med olika egenvårdsmetoder och huskurer (Davis, 2013; Gallagher, 2010; Herning, 2011; Lockyer, 2005; McInnes, 2006). I Lockyers (2005) studie framkommer även hur kvinnorna tog till egenvårdsmetoder för att inte behöva störa allmänläkaren, vilket också sågs som en stolthet om de lyckades hålla sig från att kontakta hen.

Med hjälp av huskurer blev situationen mer välkänd för kvinnan och ansågs mindre hotfull. Metoderna kunde innefatta att sitta upp, ligga ner, dricka kallt vatten, lägga något kallt på det smärtande området eller ta något receptfritt smärtstillande läkemedel (Herning, 2011; McInnes, 2006).

Att förstå allvaret

Ett flertal studier belyser hur kvinnors känslor och uppfattning om situationens allvar fördröjde beslutet om att söka vård (Banner, 2010; Davis, 2013; Gallagher, 2010; McInnes, 2006; Svedlund, 2001).

Först när kvinnorna upplevde att de inte kunde fortsätta i samma tempo som vanligt, och då symptomen orsakade allvarliga störningar i normala funktioner, tolkades situationen som allvarlig (Banner, 2010; Davis, 2013; McInnes, 2006).

Om kvinnorna led av kronisk sjukdom, eller någon annan åkomma vid debuten av kranskärslssjukdomen hade kvinnorna svårare att förstå allvaret i symptomen, och kopplade dem inte till hjärtinfarkt (Gallagher, 2010; McInnes, 2006).

Kvinnor utan tidigare sjukdomshistorik hade lättare att förstå allvaret i situationen (McInnes, 2006), vilket även sågs hos de kvinnor som själva upplevt, eller hade en närstående som upplevt, en hjärtinfarkt (Gallagher, 2010; McInnes, 2006).

I Davis et al. (2013) studie beskrivs hur de kvinnor som tidigare upplevt akut kranskärslssjukdom kunde jämföra den tidigare händelsen med den pågående. Eftersom symptomen inte var exakt lika gjorde kvinnorna ingen direkt koppling till hjärtat, men allt eftersom symptomen blev mer intensiva hjälpte tidigare erfarenhet att tolka situationen.

Flera kvinnor upplevde att beslutet att söka vård försvårades avsevärt på grund av upplevelsen av tvetydiga och gradvis debuterande symptom (Banners, 2010) Först när symptomen relaterades till hjärtat kunde kvinnorna bättre förstå allvaret i situationen (Banner, 2010; Herning, 2011; McInnes, 2006), och allt eftersom svårighetsgraden och handikappet förvärrades blev det mer självklart för kvinnorna att söka vård (Banner, 2010; Lockyer, 2005; McInnes, 2006). Kvinnorna upplevde att de var fångade mellan insikten om behovet av hjälp och viljan att behålla kontrollen över situationen (Svedlund et al., 2001).

I Gallagher et al. (2010) studie framkommer att beslutet om att söka vård berodde på upplevd svårighetsgrad, mångfald av symptom, orsaker till symptomen samt egen uppfattning om eventuell risk för kranskärslssjukdom. Gallagher et al. beskriver även hur kvinnorna hellre konsulterade allmänläkaren istället för att omgående ringa efter en ambulans. Då även allmänläkaren hade svårt att koppla symptomen till hjärtat blev beslutet att ringa efter ambulans ytterligare fördröjt.

Flera studier visar på hur kvinnor ofta involverade familj eller närstående i beslutstagandet om att söka vård (Banner, 2010; Davis, 2013; Lockyer, 2005; McInnes, 2006). Genom att blanda in närstående i beslutstagandet kunde kvinnorna tillåta sig själva att ta avstånd från just den processen, vilket upplevdes som en lättnad (Davis, 2013; McInnes, 2006). Då andra påpekade att de var i

behov av att söka vård, såg kvinnorna det som en tillåtelse att ta uppehåll från de skyldigheter och ansvar de hade (Davis et al., 2013).

De gånger kvinnornas symptom inte stämde överens med de symptom som närstående upplevt vid samma situation, fördröjdes beslutet om att söka vård (McInnes, 2006). Detta sågs även då personer i kvinnornas omgivning utstrålade misstro till kvinnans beskrivning av symptomen, då hon valt att rådfråga dem om beslutet att söka vård (Davis et al., 2013).

Kvinnor vars symptom debuterade plötsligt sökte vård tidigare än de kvinnor som upplevde successivt förvärrade symptom (Banner, 2010; McInnes, 2006)

I McInnes (2006) studie beskrivs även hur kraftiga svettningar var det avgörande symptomet för att kvinnor skulle tolka situationen som allvarlig och ta beslutet om att söka vård tidigt.

Skam, Oro & Misstro

I samband med insjuknandet i akut kranskärlssjukdom beskrivs kvinnors starka känslor till familj och närstående. Kvinnorna upplevde skam och skuld vid insjuknandet, och hade svårt att finna sig i att vara i beroende av andra (Svedlund et al., 2001). Herning et al. (2011) belyser även hur kvinnorna upplevde känslor av rädsla för att det skulle vara ett falskt alarm, vilket i sin tur skulle leda till känslor av skam.

Vissa kvinnor upplevde det svårt att prata om känslor med sin familj. De ville inte oroa eller störa dem, och inte heller ses som besvärliga. De ville inte visa att de inte längre var lika starka och duktiga som de brukade vara, och för att inte oroa närstående såg de till att vara ensamma då de grät (Svedlund et al., 2001).

Svedlund et al. (2001) beskriver kvinnornas behov av att bevisa för närstående att de var starka och inte sårbara. De var även rädda att ses som den som hade startat alltihop (Davis et al., 2013)

Då kvinnorna anlände till sjukhuset kände de sig skyldiga att förklara varför de kommit dit (Arslanian-Engoren & Scott, 2016), och upplevde en skam över att de behövde vara där (Svedlund et al., 2001). Vissa bad om ursäkt gång på gång för att

de inte menade att besvära sjukvårdspersonalen med deras problem (Arslanian-Engoren & Scott, 2016).

På sjukhuset oroade sig kvinnan över hur barnen och mannen skulle hantera situationen (Banner, 2010; Svedlund, 2001), samt över hur hushållsarbetet skulle skötas (Banner, 2010; Herning, 2011).

Fors et al. (2013) beskriver hur kvinnorna upplevde en rädsla för att tappa kontrollen i samband med att de blev beroende av vårdpersonalen, och hur beroendet av hjälp också innebar en känsla av osäkerhet.

En rädsla över att personalen skulle se dem som eländiga och besvärliga var också vanlig (Banner, 2010; Svedlund, 2001), liksom oron över att bli sedd som slösare av vård. (Banner, 2010). Detta belyses även i Hernings et al. (2011) studie där kvinnorna inte ville be andra om hjälp på grund av rädslan för att besvära.

De kvinnor som väntade på operation upplevde en tid av oro, försämrad hälsa och ångslan för eventuella komplikationer under operationen. Sternotomin sågs som skräckinjagande, trots att det bara var en liten del av operationen. Det framkom även att kvinnorna helst pratade med familj och vänner om de rädslor och frågor som dök upp kring kommande operation. Kvinnorna beskrev en rädsla för komplikationer som stroke, och att detta skulle leda till att de blev en börda för familjen (Banner, 2010).

Initialt gavs skriftlig information om operationen, vilket gjorde flertalet kvinnor oroade och till och med skräckslagna. De kvinnor som opererades akut fick ingen eller mindre skriftlig och muntlig information om operationen, vilket bidrog till större oro och svårighet att hantera situationen (Banner, 2010).

Beslut om att söka vård kunde fördröjas på grund av väntan på allmänläkaren, vilket ledde till att vissa kvinnor upplevde misstro och underlägsenhet gentemot vårdpersonalen. En kvinna fick vänta i upp till 30 minuter innan hon fick tala med allmänläkaren om sin bröstsmärta (Gallagher et al., 2010).

Vid en akut debut av sjukdomen fick kvinnorna en snabb övergång mellan sökandet av vård till diagnos och remiss. Denna stressande upplevelse bidrog till

en chockartad känsla och upplevd misstro till vårdpersonalen. Att försöka förstå och normalisera den förändrade hälsostatusen i detta snabba sjukdomsförlopp var otroligt svårt för kvinnorna (Banner, 2010).

Banner (2010) belyser även hur kvinnor upplevde en svårighet att få snabb diagnos och remiss. De var oftast korta möten med sjukvårdspersonalen, och kvinnorna diagnostiserades ofta med mindre allvarliga åkommor som stress, artrit och astma. Både kvinnorna och sjukvårdspersonalen hade svårigheter med att tolka de symptom som kvinnan beskrev.

I studien av Arslanian-Engoren & Scott (2016) beskrivs hur kvinnorna fick tillbringa en längre tid med att besvara ett flertal frågor om försäkringar och sjukdomsförlopp innan de fick träffa akutsjuksköterskan. Även sjuksköterskan frågade frågor om smärta, lokalisering och om varför kvinnan sökt sig till akuten, vilket kvinnorna upplevde fördröja tiden till diagnos och behandling. Kvinnorna berättade även att fördröjning till EKG-undersökning var vanligt samt att ytterligare väntetid tillkom då EKG:et skulle kontrolleras av sjukvårdspersonal. Även fördröjning till operation var vanligt.

I Arslanian-Engoren & Scott (2016) studie beskrivs hur en kvinna blivit feldiagnostiserad och uppmanats att ringa allmänläkaren dagen därpå om symptomen skulle kvarstå. Kvinnan kollapsade därefter i ett hjärtstopp, 15 minuter efter utskrivningen.

Arslanian-Engoren & Scott (2016) beskriver även hur kvinnor upplevt att de inte blivit tagna på allvar, och att det nog berodde på deras unga ålder. En annan kvinna beskrev att om hon varit man i samma situation hade hon säkert blivit tagen mer på allvar. Eftersom hon nu var kvinna och inkom med atypiska symptom upplevde hon att sjukvårdspersonalen såg henne som gnällig.

Accepterandet av sjukdomen

Kvinnorna upplevde att de - utan förvarning - slängdes in i rollen som patient, och att själva upplevelsen av att vara beroende av personal var väldigt obehaglig (Svedlund et al., 2001).

Kvinnorna i Svedlunds et al. (2001) studie beskriver hur de kämpade med att försöka uppfatta och finna sig i vad de just varit med om. (Svedlund, 2001; Smith, 2017). Situationen beskrevs som överklig, och vissa kvinnor tänkte att personalen nog misstolkat alltsammans. Vissa kvinnor upplevde även en brist på förståelse för varför de fick lov att vara på sjukhuset. De ville åka hem, så fort som möjligt (Svedlund et al., 2001).

Smith, Frazer, Hall, Hyde & O'Connor (2017) beskriver hur kvinnorna upplevde processen att försöka förstå och minnas det akuta skedet, samt att infinna sig i den nya diagnosen, som svår. De tog hellre avstånd och förnekade allt som hänt.

I Banners (2010) studie framkommer skillnader i kvinnornas uppfattning om den nya diagnosen. Vissa kvinnor hade svårt att acceptera diagnosen, medan andra var lättade över att symptomen inte berodde på cancer. Kvinnorna reflekterade även kring tidigare beteenden och val de gjort i livet, för att hitta eventuella orsaker till kranskärslssjukdomen.

De kvinnor som redan gjort förändringar i livet, för att bli mer hälsosamma, hade svårt att acceptera diagnosen och förbannade sina kroppar för att ha svikit dem. Den nya diagnosen fick vissa att känna sig stigmatiserade, och de kände ett behov av att prata högt om deras hälsosamma och aktiva liv. Vissa kvinnor hade heller aldrig sett sig själva i riskzonen för att drabbas, eftersom de inte var till exempel överviktiga eller rökte (Banner, 2010).

Det var betydelsefullt för kvinnorna att själva bygga en uppfattning om varför sjukdomen brutit ut. All information som gavs på sjukhuset upplevdes som övermäktig, och i detta fall var det lugnande att till exempel koppla debuten till den stressfyllda vardagen som kvinnan just nu upplevde i livet (Fors et al., 2013).

I Svedlunds et al. (2001) studie beskrivs hur ett flertal kvinnor hade svårt att inse att de nu skulle behöva förändra vissa beteenden i deras liv. De ville inte offra sin nuvarande livsstil på grund av sjukdomen.

Positiva känslor

En positiv känsla beskrevs hos de kvinnor som kände igen sjukvårdspersonalen, då de upplevde att de skulle bli väl omhändertagna. Flera kvinnor uttryckte även tacksamhet över att läkaren återkommit ofta med information om deras aktuella status (Arslanian-Engoren & Scott, 2016).

Vissa kvinnor fick omedelbar kontakt med akutsjuksköterskan, och därmed också reducerad tid till undersökningar och behandling. Även atmosfären på akutmottagningen sågs som något positivt i ett flertal av fallen. Kvinnorna fick snabb och effektiv vård eftersom det var lugnt och tomt på folk på akutmottagningen (Arslanian-Engoren & Scott, 2016).

Kvinnor som via video fick följa en patient genom operationen, upplevde en känsla av hopp då videon visade på hur patienten efter operationen kunde leva ett normalt liv (Banner, 2010).

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

Resultaten i denna litteraturöversikt visar hur den inlärd förväntan om typiska symptom och tecken på akut kranskärlssjukdom påverkat kvinnorna vid tolkningen av deras symptom. Under sjukdomsförloppet framkom även hur kvinnorna förminskade och förnekade allvaret i situationen. Symptomen kunde kopplas till mindre allvarliga åkommor, biverkningar av en ny medicin eller bortförklaras med stigande ålder. För att inte heller oroa familjen försökte kvinnan leva sitt vanliga liv, trots symptomen.

Först när de normala funktionerna blev påverkade, och då kvinnorna inte kunde fortsätta i samma tempo som vanligt, förstod de allvaret i situationen. Beslutet om att söka vård var dock ej självklart. Kvinnorna involverade familj och närstående, och sökte bekräftelse på att deras idé om att söka vård var befogad.

Flera känslor beskrevs av kvinnorna under deras sjukdomsförlopp. *Skam och skuld* gentemot familj och personal var vanligt förekommande, liksom *oro och rädsla* över situationen de hamnat i. Många tankar kring familjen - hur de skulle hantera situationen och hur hushållet skulle skötas när de var borta - kom upp. Även *misstro och frustration* beskrevs, över fördröjningar inom vården och över den stressade vårdmiljön som vissa kvinnor fick uppleva. I samband med att diagnosen akut kranskärlssjukdom blev ett faktum infann sig både *hopp och förtvivlan* hos kvinnorna. Vissa var lättade över att symptomen inte handlat om cancer, medan många andra kämpade med att infinna sig i allt det som en hjärtsjukdom innebar. Vissa kvinnor beskrev även *positiva känslor* under vistelsen på sjukhuset. Kontinuerlig kontakt med läkaren, lugn miljö på akutmottagningen och igenkännande av sjuksköterskorna var lugnande och gav kvinnorna en positiv uppfattning av vården.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskans roll i mötet med patienten är mycket betydelsefull. En sjuksköterska som är medveten om det kvinnliga beteendet vid vårdsökandet - som i detta fall kan handla om förminskande av symptom, förnekande av sjukdom och

en vilja att skydda anhöriga - eller som har kunskap om orsaker till kvinnors fördröjning av vårdsökande, kan ta kvinnan på större allvar i dessa situationer.

En viktig aspekt att belysa är att det finns ett behov av att medvetandegöra sjuksköterskor om de skillnader som råder i symptombild och diagnostisering mellan män och kvinnor vid akut kranskärlssjukdom. Kvinnor upplever en annan smärta än män vid symptomdebuten (Schenck-Gustafssons, 2011), får vänta längre på behandling (Lokhandwala & Skelding, 2009) och diagnostiseras med mindre allvarliga åkommor som stress, artrit eller astma (Banner, 2010). Det förtydligas även i denna litteraturstudie att kvinnor endast får korta möten med sjukvårdspersonalen (Banner, 2010), vilket kan betyda att viktig information inte framkommer.

Att tillämpa personcentrerad vård i dessa sammanhang kan vara avgörande för att uppmärksamma de atypiska symptom som kvinnor ofta beskriver, och koppla dessa till akut kranskärlssjukdom. McCormack & McCance (2006) betonar hur personcentrerad vård ger en mer tillfredsställande vård där patientens egna upplevelser används som grund. Personcentrerad vård synliggör hela personen och sjuksköterskan blir medveten om de individuella uppfattningar och tolkningar som personen har om sin ohälsa (SSF, 2016). Med ökad kunskap och stärkt medvetenhet om genuskillnader i symptombilden, samt fördjupad kunskap om den kvinnliga patientens upplevelser av sjukdomen mer specifikt, kan vi nå målen att minska feldiagnostiseringar och dödligheten bland kvinnor med akut kranskärlssjukdom.

En ytterligare aspekt som framkommer i denna litteraturöversikt är kvinnors sätt att tala om sin sjukdom, och där flertalet återkommer till att förminska, bagatellisera och förneka sina symptom (Banner, 2010; Davis, 2013; Herning, 2011; Lockyer, 2005). Om kvinnorna ges tid att förklara och beskriva sina symptom kan sjuksköterskan notera betydelsefull och avgörande information, vilket i sin tur kan leda till adekvat och snabb diagnostisering, samt främjande av delaktighet. Detta kan kopplas till *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård* (Socialstyrelsen, 2015) där man belyser hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att utforma och genomföra vård och behandling i samråd med patienten.

Sveriges Kommuner och Landsting ([SKL], 2007) belyser olika anledningar till de skillnader som råder i vårdandet av män och kvinnor, samt vikten av att ge vård på lika villkor. Här betonas hur genusbias kan påverka diagnos och behandling vid olika sjukdomar, och hur kvinnan idag oftare drabbas av kvalitetsbrister inom flera sjukdomar. Denna aspekt belyses även av Öhman (2009), som förtydligar hur patienter idag bemöts utifrån uppfattningar och förväntningar om typiskt manliga och kvinnliga tecken och symptom vid sjukdom. SKL förklarar även hur samhället lutar sig mot ett genussystem där mannen är norm för det allmänmänskliga och där kvinnor och män ofta förklaras som raka motsatser till varandra. Detta beskrivs som en av anledningarna till varför kvinnor drabbas av kvalitetsbrister oftare än män inom vården (SKL, 2007). Genom att uppmärksamma sjuksköterskan om den genusbias som råder i vården, kan en större medvetenhet och noggrannhet vidtas vid undersökningar och utredning av mäns och kvinnors sjukdomar. Om normen för manliga och kvinnliga symptom dessutom reduceras ges större plats för individanpassad vård, och sjuksköterskans vårdande kan fokuseras på de mål som beskrivs av SSF (2016) i *Värdegrund för omvårdnad*; Att främja patientens hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande.

Resultatet av denna litteraturöversikt visar på hur kvinnors beslut om att söka vård påverkas av olika faktorer. Svårighetsgraden av symptom och grad av handikapp var för många kvinnor avgörande vid vårdsökandet (Banner, 2010; Lockyer, 2005; McInnes, 2006), och många kvinnor involverade närstående i beslutet om att söka vård (Davis, 2013; McInnes, 2006). Fördröjning av vårdsökande kunde bland annat ses hos de kvinnor vars symptom inte stämde överens med de symptom som närstående upplevt vid samma situation (McInnes, 2006), samt den egna uppfattningen om eventuell risk för kranskärslsjukdom (Gallagher et al., 2010). Ovannämnda orsaker till förseningar av vårdsökandet kan ses som en förklaring till det Kawamoto et al. (2016) belyser i sin studie - Hur kvinnor inkommer senare än män till sjukhuset efter symptomdebut vid hjärtinfarkt. I en kunskapsöversikt skriven av Sveriges Kommuner och Landsting ([SKL], 2007) förklaras hur kvinnors fördröjning av vårdsökande kan bero på hur de underskattar risken för att själva drabbas av hjärtinfarkt, eftersom det fortfarande idag ses som en manlig sjukdom.

Metoddiskussion

Studiens resultat har baserats på tio kvalitativa artiklar. Friberg (2012) beskriver hur kvalitativ forskning ökar förståelsen för den enskilda individens livssituation. Friberg belyser även hur en djupare insikt i upplevelser, erfarenhet, förväntningar och behov möjliggörs, vilket i sin tur utmynnar i praktisk vägledning. Då valet att belysa kvinnors upplevelser och erfarenheter gjorts, anses kvalitativ forskning vara mest passande för litteraturöversikten och ökar studiens validitet (Polit & Beck, 2017). Stora likheter finns i studiernas resultat, vilket styrker trovärdigheten av respektive studie. I samtliga artiklar ses dock även likheter i metodval, vilket kan vara betydelsefullt att belysa. En större blandning av metodval hade kunnat ge en bredare syn på kvinnors upplevelser, och på så vis gett ett annorlunda resultat.

Artiklar från flera olika länder inkluderades i litteraturöversikten, vilket betyder att resultatet kan vara svårt att helt förena med svensk sjukvård. Eftersom studiens syfte var att belysa kvinnors upplevelse och erfarenheter kan dock kunskap taget från olika delar av världen vara betydelsefullt för resultatet. Den svenska sjukvården liknar de inkluderade ländernas sjukvård i mångt och mycket, vilket underlättar överförbarheten av studiens resultat till den svenska sjukvården.

Friberg (2012) beskriver hur vetenskap är en färskvara, och att valet av tidsbegränsning kan vara bra om man inte är intresserad av äldre material. Dock ansåg uppsatsförfattaren att artikeln av Svedlund et al. (2001) var relevant, ökade trovärdigheten av studiens resultat, samt gav en bredare förståelse för hur kvinnans upplevelser och erfarenhet sett ut över tid. Fler studier från samma tidsperiod kunde dock vara betydelsefullt att inkludera i litteraturöversikten, för att stödja resultatet av Svedlunds et al.

I början av sökningen användes den breda MeSH-termen *acute coronary disease*. För att öka antalet träffar gjordes sökningar på de enskilda sjukdomarna som ryms i begreppet. Detta gjordes med hjälp av den booleska operatör ”OR”. Antalet träffar ökade betydligt, och för att begränsa antalet träffar avgränsades publiceringsåret till de senaste fem åren. Uppsatsförfattaren är medveten om att detta kan ha påverkat resultatet, men ansåg att träffarna bidrog till relevant litteratur för studien.

Artiklarna analyserades med hjälp av en granskningsmall för kvalitativa studier. Denna mall är Högskolan Dalarnas modifiering av Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008) version. Artiklarna som inkluderades i studien var av medelhög eller hög kvalitet, vilket i sin tur säkrade kvalitén på litteraturöversikten.

Då träffarna var avsevärt få vid sökning med *Acute coronary disease, Women, Interviews* och *Nursing care* valde uppsatsförfattaren att bredda publiceringsåret till 2005-2017. Likaså valdes att begränsa artiklarnas publiceringsår till 2012-2017 vid användandet av sökorden *Acute coronary disease, Myocardial infarction, Coronary heart disease, Women, Experience* då träffarna var avsevärt fler under denna sökning. Uppsatsförfattaren är medveten om att resultatet kan ha blivit ett annat om publiceringsåret utvidgats till 2005-2017 vid samtliga sökningar.

Etikdiskussion

Samtliga artiklar i litteraturöversikten var granskade av en etisk kommitté och visade respekt för deltagarnas integritet under studien. Skriftligt eller muntligt medgivande att delta i intervjuerna sågs i majoriteten av artiklarna. Där detta inte framkom tydligt sågs dock att deltagarna informerats om att studien var frivillig och att möjligheten att avbryta medverkan fanns under hela studiens gång. I flertalet studier kodades eller anonymiserades dessutom deltagarna.

Denna litteraturöversikt har gett en djupare förståelse för kvinnors upplevelser och erfarenheter av insjuknandet i kranskärlssjukdom, och har belyst ett område som idag ofta förbises på grund av normer och föreställningar om manligt och kvinnligt i vården. Denna kunskap kan vara av stor betydelse för både den enskilda individen och samhället.

SSF (2014) betonar i *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* hur sjuksköterskan har ett etiskt och moraliskt ansvar i vårdandet av patienter, samt ett ansvar att påverka utvecklingen. Resultatet av denna litteraturöversikt tydliggör brister i vårdandet av kvinnor med akut kranskärlssjukdom, och utmanar också den enskilda sjuksköterskan till att påverka utvecklingen inom detta ämne. Det är även betydelsefullt att inom personalgruppen lyfta de värderingar och förutfattade meningar som kan råda på arbetsplatsen, genom till exempel etiska diskussioner.

Som uppsatsförfattaren nämner i bakgrunden har Socialstyrelsen (2015) lyft hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att ge patienten god och jämlik vård. Patientens kön ska inte ha någon påverkan på huruvida patienten ges snabbare eller effektivare vård. Socialstyrelsen (2004) lyfter även vikten av att kvinnor och män ska ges samma förutsättningar att få sina behov tillgodosedda. För att kunna nå en medvetenhet om hur vi idag bemöter män och kvinnor med kranskärslsjukdom olika, och för att kunna vända detta omedvetna beteendet, är öppna diskussioner och dialoger inom personalgruppen av stor betydelse. Då hälso- och sjukvårdspersonal utvecklat en bredare förståelse för skillnader mellan män och kvinnors behov av vård, samt tar kvinnor som inkommer med symptom på akut kranskärslsjukdom på större allvar, kan en minskning av mortalitet och feldiagnostisering nås. Adekvat behandling i ett tidigt skede leder till kortare vårdtider och en mer kostnadseffektiv vård.

Klinisk betydelse för samhället

Denna litteraturöversikt kan ge sjuksköterskan redskap i vårdandet av kvinnor med akut kranskärslsjukdom samt vara en ögonöppnare för hälso- och sjukvårdspersonal i stort. Att synliggöra rådande skillnader i vårdandet av manliga och kvinnliga patienter, gör det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonal att fördjupa sig i varför dessa skillnader finns, samt reducera de ojämlikheter som inte är till patientens fördel. En större förståelse för manliga och kvinnliga behov, samt en större förståelse för hur patienter påverkas av de normer som råder i sjukvården, gör det möjligt att ge människor vård på lika villkor.

Slutsats

Vid insjuknandet i akut kranskärslsjukdom förminskade och förnekade kvinnorna sina symptom för att kunna fortsätta arbeta och ta hand om hushållsarbetet som vanligt. Kvinnorna såg på sina egna behov som sekundära till resten av familjens. En rädsla för att besvära familj och sjukvårdspersonal var också vanligt förekommande, samt en rädsla för att ses som slösare av vård. Kvinnorna upplevde atypiska symptom, vilket försvårade förståelsen för allvaret i situationen, samt beslutet om att söka vård. En djupare förståelse för hur kvinnor reagerar vid debuten av akut kranskärslsjukdom är nödvändig för att sjuksköterskor ska kunna agera adekvat då kvinnan inkommer till sjukhuset.

Förslag till vidare forskning

Mer forskning behövs för att nå en djupare inblick i kvinnors upplevelser vid akut kranskärslsjukdom. Majoriteten av studier om detta ämne är idag kvalitativa, och mer kvantitativ forskning skulle bredda kunskapen om kvinnors upplevelser ytterligare. Även studier om könsskillnader inom vården är av stor betydelse för att motverka den genusbias som råder idag.

REFERENSER

Arslanian-Engoren, C. & Scott, L. D. (2016). Women's perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience. *Heart & Lung*, 45(3), 166-172. doi:10.1016/j.hrtlng.2016.02.010

Banner, D. (2010). Becoming a coronary artery bypass graft surgery patient: a grounded theory study of women's experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3123-3133. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03424.x

Davis, L. L., Mishel M., Moser, D. K., Esposito, N., Lynn, M. R. & Schwartz, T. A. (2013). Thoughts and behaviours of women with symptoms of acute coronary syndrome. *Heart & Lung*, 42(6), 428-435. doi:10.1016/j.hrtlng.2013.08.001

Ericson, E. & Ericson T. (2012). Medicinska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur AB

Fors, A., Dudas, K. & Ekman, I. (2013). Life is lived forward and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 430-437. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121–132). Lund: Studentlitteratur AB

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*, 39(6), 477-484. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.10.019

Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B. & Lindhardt, T. (2011). Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute

myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 241-247. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.10.002

Hjärt-Lungfonden. (2016a). Hjärtinfarkt: En skrift om vad som händer under och efter infarkt [Broschyr]. Stockholm: Hjärt-Lungfonden. Från
file:///C:/Users/Lina/Desktop/SKOLA.%20Mallar,%20blanketter/VÅ2022/Soc%20+%20SSF%20till%20bakgrund/Hjärtinfarkt%202016%20-HjärtlungBroschyr.pdf

Hjärt-Lungfonden. (2016b). *Hjärtrapporten 2016: En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige* (Serienamn, nr x). Stockholm: Hjärt-Lungfonden. Från
<https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten2016.pdf>

Kawamoto, K. R., Davis M. B. & Duvernoy C. S. (2016). Acute Coronary Syndromes: Differences in Men and Women. *Current Atherosclerosis Reports*, 18(12), 1-10. doi: 10.1007/s11883-016-0629-7

Lawton, J. S. (2011). Sex and gender differences in coronary artery disease. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 23(2), 126–130. doi: 10.1053/j.semtevs.2011.07.006

Lockyer, L. (2005). Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 29-35. doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.09.003

Lokhandwala, J. O. & Skelding, K. A. (2009). Sex differences in percutaneous coronary interventions. *Journal of Cardiovascular Translational Research*, 2(3), 300–305. doi: 10.1007/s12265-009-9119-4

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

McInnes, J. D. (2006). The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 280-288. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.02.003

- Omran, S. & Al-Hassan M. (2006). Gender differences in signs and symptoms presentation and treatment of Jordanian myocardial infarction patients. *International journal of nursing practice*, 12(4), 198–204. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00572.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer
- Schenck-Gustafsson, K. (2011). Genusmedicin. I K. Schenck-Gustafsson (Red.), *Kvinnohjärtan: Hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 19-27). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97–100). Lund: Studentlitteratur AB
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.
- Smith, R., Frazer, K., Hall, P., Hyde, A. & O'Connor, L. (2017). Betwix and between health and illness: women's narratives following acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, (1), 1-14. doi:10.1111/jocn.13711.
- Socialstyrelsen (2004). *Jämställd vård: Könsperspektiv på hälso-och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från file:///C:/Users/Lina/Desktop/SKOLA.%20Mallar,%20blanketter/Vå2023/Artiklar%20till%20MITT%20arbete/Jämställd%20vård%20-%20SocStyrelsen.pdf
- Socialstyrelsen (2014). *Ojämställdhet i hälsa och vård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-052-8.pdf?issuusl=ignore>
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från file:///C:/Users/Lina/Desktop/SKOLA.%20Mallar,%20blanketter/VÅ2022/Soc%200+%20SSF%20till%20bakgrund/Riktlinjer%20för%20H&S%20inom%20hjärtsjukvård.pdf

- Socialstyrelsen (2017). *Statistik om hjärtinfarkter 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20466/2017-1-18.pdf>
- Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 197–205. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01837.x
- Svensk Sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 23 februari, 2017, från Svensk sjuksköterskeförening, <file:///C:/Users/Lina/Desktop/SKOLA.%20Mallar,%20blanketter/VÅ2022/Soc%20+%20SSF%20till%20bakgrund/PCV%20-%20SSF.pdf>
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* (4. rev. oppl.). Oslo: Vård i Norden.
- Vasko, P. (2013). Hjärt-kärlsjukdomar. I N. Grefberg (Red.), *Medicinboken* (s. 69-159). Stockholm: Liber AB.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket.

BILAGA 1.

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

BILAGA 2.

Resultattabell

Tabell 1. Sammanställning av artiklar (n=15) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Banner, D. 2010 England & Wales	Becoming a coronary artery bypass graft surgery patient: a grounded theory study of women's experiences	Explore women's experiences of becoming a coronary artery bypass graft surgery patient.	Kvalitativ Grundad teori Semistrukturerade intervjuer och observation	30 kvinnor	Kvinnor förminskade symptom och beslutet om att söka vård dröjde. Upplevd svårighet att få diagnos och remiss förekom, samt svårighet att acceptera den nya diagnosen.	88 %
Smith, R. 2017 Irland	Between and between health and illness - Women's narratives following acute coronary syndrome	Report their experiences of the mediating impact of a newly-diagnosed disease.	Kvalitativ Naturalistisk fallstudie Intervjuer och analys av deltagares dagböcker.	30 kvinnor	Kvinnorna kämpade med förståelse för vad de just upplevde samt acceptandet av nya diagnosen. Avståndstagande från och förnekande av sjukdomen var vanligt.	88 %
Fors, A., Dudas, K. & Ekman, I. 2013 Sverige	Life is lived forwards and understood backwards - Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis	To explore patient's experiences of ACS during their hospital stay.	Kvalitativ Intervjuer spelades in, transkriberades och analyserades med fenomenologiskt hermeneutiskt tillvägagångssätt	5 kvinnor 7 män	Oro, Rädsla och Osäkerhet infann sig under insjuknandet. Kvinnorna upplevde det obekvämt att vara i beroende av andra. Att finna en förklaring till sjukdomen sågs betydelsefullt.	88 %
Gallagher, R., Marshall, A. P. & Fisher, M. J. 2010 Australien	Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time	Describe women's symptom experiences and treatment-seeking responses to first-time acute coronary syndrome.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer Tematisk analys	10 kvinnor	Symptomen relaterades till mindre allvarliga sjukdomar, och egenvård användes för lindring. Involverande av allmänläkare och närstående var mycket vanligt.	92 %
McInnes, J. D. 2006 England	The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach	Explore the illness perceptions of a sample of women following acute MI using the self-regulatory model of illness behavior as the theoretical framework.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer Tematisk analys	10 kvinnor	Samsjuklighet, synen på sig själv som icke riskperson och svårtolkade symptom fördröjde vårdseekandet. Närstående påverkade beslutet om att söka vård. Tidigare frisk eller tidigare erfarenhet av hjärtinfarkt gjorde att kvinnorna sökte vård tidigare	84 %
Davis, L. L., Mishel M., Moser, D. K., Esposito,	Thoughts and behaviors of women with	Explore how women recognized and interpreted their symptoms and	Kvalitativ	9 kvinnor	Förminskande av symptom och synen på egna behov som sekundära var	96 %

N., Lynn, M. R. & Schwartz, T. A. 2013 USA	symptoms of acute coronary syndrome	subsequently decided whether to seek treatment within the context of their lives.	Fördjupade intervjuer Grundad teori		vanligt. Tidigare erfarenhet påverkade beslut om att söka vård.	
Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B. & Lindhardt, T. 2011 Danmark	Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction	Explore how women's thoughts, motivations and actions influenced their delay in seeking treatment when experiencing symptoms during the acute phase of STEMI in a Danish context.	Kvalitativ Fördjupade intervjuer Analyserades inom fenomenologiskt ramverk	14 kvinnor	Inlärd förväntan om hjärtinfarkt påverkade tolkning av symptom, liksom rädslan för ett falskt alarm. Att koppla symptom till mindre allvarlig åkomma, samt självmedicinera hade lugnande effekt.	92 %
Lockyer, L. 2005 England	Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms	Explore women's own interpretation of the presenting symptoms they experienced.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer Narrativ analys	29 kvinnor	Symptom ignorerades, minimerades eller misstolkades. Att inte vilja besvåra allmänläkaren sågs vanligt. Närstående och familj rådfrågades vid beslut om att söka vård.	88 %
Svedlund, M., Danielson, E. & Norberg, A. 2001 Sverige	Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction	Illuminate the meaning of lived experiences during the acute phase of an acute myocardial infarction.	Kvalitativ Intervjuer Analys utifrån fenomenologiskt hermeneutiskt tillvägagångssätt	10 kvinnor	Skam och mistro betonades. Inlärd förväntan om hjärtinfarkt påverkade tolkningen av symptomen. Kvinnorna upplevde det svårt att vara beroende av andra och försökte visa en stark och opåverkad fasad utåt. Oroade sig mycket över familj och hushåll.	96 %
Arslanian-Engoren, C. & Scott, L. D. 2016 USA	Women's perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience	Examine women's perceptions of their emergency department cardiac triage experience for myocardial infarction.	Kvalitativ Fokusgrupper Berättelser transkriberades och analyserades med hjälp av Krueger metod	14 kvinnor	Hinder under sjukhusvistelsen sammanfattades med; <i>Fördröjning, Kommunikation, Ålder, Kön</i> . Kvinnorna underrapporterade symptom och ursäktade sitt val av vård sökande under sjukhusvistelsen.	92 %