HÖGSKOLAN
I GÄVLE

AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för vårdvetenskap

Kvinnors upplevelse att drabbas av hjärtinfarkt

En litteraturstudie

Jennie Eriksson & Lisa Fredin

2022

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnad, 15hp

Handledare: Monique Toratti Lindgren
Examinator: Marit Silén

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtinfarkt är ett akut tillstånd och är den vanligaste enskilda orsaken till dödsfall i Sverige. Vid en hjärtinfarkt uppstår en syrebrist i hjärtmuskeln och omedelbar behandling krävs dock väljer många patienter att inte söka akut vård i tid. Kvinnors får atypiska symtom vilket kan bidra till en fördröjd vård.

Syfte: Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelse att drabbas av hjärtinfarkt.

Metod: Beskrivande litteraturstudie. Tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats användes i resultatet.

Huvudresultat: Resultatet visade att kvinnor ofta upplever diffusa och atypiska symtom, vilket ledde till en svårighet att associera symtomen till en hjärtinfarkt. Kvinnorna förminskade ofta symtomen i hopp om att dessa skulle försvinna och utövade många copingstrategier för att hantera symtomen. Kvinnorna väntade med att söka vård tills symtomen blev outhärdliga och blev då ofta uppmanade av anhöriga att söka vård. Många kvinnor upplevde en rädsla för att bli kallad hypokondriker vid uppsökande av vård. Resultatet beskrevs i fyra teman: *Kvinnors upplevelse av symtom vid hjärtinfarkt, Kvinnors upplevelse av förnekelse/förminskning av symtomen vid hjärtinfarkt, Kvinnors upplevelse av oro och rädsla i samband med hjärtinfarkt* och *Kvinnors upplevelser och copingstategier som bidrog till en fördröjd vård.*

Slutsats: Kvinnor upplevde en svårighet att associera sina symtom till en hjärtinfarkt. Kvinnornas diffusa och otydliga symtom bidrog till en fördröjd vård. Kvinnorna upplevde en rädsla och oro att bli ignorerad och inte bli tagen på allvar av sjukvården i samband med hjärtinfarkten.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, kvinnor, upplevelser.

Abstract

Background: Myocardial infarction is an acute condition and the most common single cause of death in Sweden. In the event of a myocardial infarction, a lack of oxygen occurs in the heart muscle and immediate treatment is required, however, many patients choose not to seek emergency care in time. Women get atypical symptoms, which can contribute to delayed treatment.

Aim: The aim of this literature study was to describe women's experience of suffering a myocardial infarction.

Method: Descriptive literature study. Ten scientific articles with a qualitative approach were used in the result.

Main Results: The result showed that women often experience diffuse and atypical symptoms, which led to a difficulty in associating the symptoms with a myocardial infarction. The women often downplayed the symptoms in the hope that they would go away and used many coping strategies to deal with the symptoms. The women waited to seek care until the symptoms became unbearable and were then often urged by relatives to seek medical care. Many women experienced a fear of being called a hypochondriac when seeking care. The results were described in four themes: *Women's experience of symptoms during a myocardial infarction, Women's experience of denial/reduction of symptoms during a myocardial infarction, Women's experience of anxiety and fear associated with myocardial infarction* and *Women's experiences and copingstategies that contributed to delayed care.*

Conclusion: Women experienced a difficulty in associating their symptoms with a myocardial infarction. The women's diffuse and unclear symptoms contributed to delayed care. The women experienced a fear and worry of being ignored and not being taken seriously by the healthcare system in connection with the myocardial infarction.

Keywords: Experiences, myocardial infarction, women

Innehållsförteckning

1. Introduktion 1
1.1 Epidemiologi och patofysiologi av hjärtinfarkt 1
1.2 Symtom av hjärtinfarkt 1
1.3 Diagnos och behandling av hjärtinfarkt 2
1.4 Teoretisk referensram 3
1.5 Sjuksköterskans uppgift i omvårdnaden av kvinnor 3
1.6 Definition av centrala begrepp 4
1.7 Problemformulering 4
1.8 Litteraturstudiens syfte 4
1.9 Frågeställning 5

2. Metod 5
2.1 Design 5
2.2 Sökstrategi 5
2.3 Urvalskriterier 6
2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar 6
2.5 Dataanalys 8
2.6 Forskningsetiska överväganden 8

3. Resultat 8
3.1 Kvinnors upplevelse av symtom vid hjärtinfarkt 9
3.2 Kvinnors upplevelse av förnekelse/förminskning av symtomen vid hjärtinfarkt 10
3.3 Kvinnors upplevelse av oro och rädsla i samband med hjärtinfarkt 11
3.4 Kvinnors upplevelser och copingstategier som bidrog till en fördröjd vård 12

4. Diskussion 13
4.1 Huvudresultat 13
4.2 Resultatdiskussion 14
4.2.1 Kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt kopplat till känsla av sammanhang 14
4.2.2 Kvinnors rädsla att möta vården 15
4.3 Metoddiskussion 16
4.3.1 Design 16
4.3.2 Sökstrategi 16
4.3.3 Urvalskriterier 17

4.3.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar 17
4.3.5 Dataanalys 17
4.3.6 Forskningsetiska överväganden 18
4.4 Kliniska implikationer 18
4.5 Förslag på fortsatt forskning 18
4.6 Slutsats 18
5. Referenser 20
Bilagor

1. Introduktion

1.1 Epidemiologi och patofysiologi av hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt är ett akut tillstånd som kräver omedelbar behandling (Herlitz, Ravn-Fischer & Svensson 2016) och i Sverige drabbas cirka 22 000 personer av hjärtinfarkt årligen varav kvinnorna står för 36% av dessa vilket motsvarar cirka 8000 kvinnor (Socialstyrelsen 2021). Cirka 30 procent av alla dödsfall beror på hjärtinfarkt och är därmed den vanligaste enskilda orsaken till dödsfall i Sverige (Kareld 2020). Tio procent av alla patienter med hjärtinfarkt väljer att inte söka akut vård, eftersom de inte vill oroa familjen eller framstå som hypokondriker (Strömberg 2020). Hjärtinfarkt uppstår genom att ett aterosklerotiskt plack brister och då aktiveras trombocyter och koagulationsmekanismer som bidrar till att en blodpropp bildas och täpper till kranskärlet. Detta leder till syrebrist i den del av hjärtmuskeln som kärlet försörjer och om inte cirkulationen kan återställas inom 15 minuter börjar hjärtmuskelcellerna att dö vilket kan leda till permanenta skador på hjärtmuskeln (Strömberg 2020).

1.2 Symtom av hjärtinfarkt

Klassiska debutsymtom för hjärtinfarkt är plötslig smärta och tryck över bröstet. Smärtorna kan vara ihållande eller återkommande och kan framkomma i både vila och vid ansträngning. Smärtan sprider sig ofta ut mot vänster arm eller ut mot ryggen. Om bröstsmärtan håller i sig längre än 15 minuter kan det vara ett tecken på hjärtinfarkt och därför behövs omedelbar transport till sjukhus med ambulans för att kontinuerlig övervakning och snabb behandling ska kunna påbörjas (Strömberg 2020). Däremot kan kvinnors diffusa symtom vara en orsak till att kvinnor inte ringer efter en ambulans när de väljer att söka vård (Johansson, Strömberg & Swahn 2004). Många som drabbas av hjärtinfarkt har inte kunskap om vikten av snabb behandling och väljer därför att söka vård på en vårdcentral. Vid en akut hjärtinfarkt har över 90 % symtomet bröstsmärta dock kan kvinnor ha mer diffusa symtom och en mindre uttalad bröstsmärta (Strömberg 2020). Klassiska symtom innefattar ofta smärta i bröstet, armen och käken medan atypiska symtom ofta innefattar smärta i rygg och buk (DeVon, Mirzaei & Zègre-Hemsey 2020).

Kvinnors symtom framträder ofta som en besvärande känsla, som kan innefatta ångest, illamående samt kallsvettningar, därför kan hjärtinfarkt hos kvinnor leda till förbisedda och feltolkade symtom (Kareld 2020). Kvinnor har ofta atypiska symtom som andnöd,

hjärtklappning och fatigue vid en hjärtinfarkt (DeFilippis et al. 2020). Tidigare forskning visar att om kvinnorna besitter kunskap gällande atypiska symtom bidrar det till att kvinnorna söker vård tidigare vid en misstänkt hjärtinfarkt (Albarqouni et al. 2016). En möjlig förklaring till varför kvinnor oftare får atypiska symtom är att de i större utsträckning är äldre när hjärtinfarkten inträffar samt att kvinnor lider mer av samsjuklighet som exempelvis diabetes, hypertoni och depression (Davis 2018).

1.3 Diagnos och behandling av hjärtinfarkt

Diagnosställande till hjärtinfarkt görs med hjälp av elektrokardiografi (EKG). De första timmarna under en hjärtinfarkt med ST-höjning (STEMI) visar EKG en minskad rörelse i kammarväggen som tecken på syrebrist (Eikeland, Haugland & Stubberub 2011) medan en hjärtinfarkt utan ST-höjning (NSTEMI) ej visar förändring under akuta skedet (Kareld 2020). I en ambulans finns möjlighet att ta EKG och därmed kan diagnos ställas redan innan patienten kommer till sjukhus vilket minskar tiden tills att behandling kan påbörjas (Eikeland, Haugland & Stubberub 2011). För att få en korrekt diagnos vid hjärtinfarkt krävs dock kompletteringar till EKG där laboratorieanalyser samt symtombild spelar stor roll. De centrala laboratorieanalyserna vid en hjärtinfarkt är Troponin T samt Troponin I som vid en hjärtinfarkt läcker ut från de skadade hjärtmuskelcellerna. Dessa analyser följs åt under en tidsintervall för diagnosställande samt bedömning av hjärtinfarktens storlek. Vid diagnosställande av en hjärtinfarkt kan det behöva kompletteras med andra laboratorieanalyser som: C-reaktivt protein (CRP), elektrolytstatus, leverstatus, blodsocker samt kolesterolprover (Karled 2020).

Behandlingsalternativet vid en hjärtinfarkt är i första hand Percutan Coronar Intervention (PCI) och målet med behandlingen är att vidga kärlen där en förträngning har skett för att återställa cirkulationen till hjärtat och därmed kan hjärtmuskeln räddas (Strömberg 2020). Om det är lång restid till närmsta sjukhus där PCI-behandling finns, kan behandling påbörjas redan i ambulansen i form av trombolys som är ett propplösande läkemedel (Eikeland, Haugland & Stubberub 2011). Behandlingen bör påbörjas så tidigt som möjligt från symtomdebut eftersom tiden har en betydelse för skadans omfattning (Kareld 2020) relaterat till att 60–80% av vävnadsdöden i hjärtat sker under de första fyra till sex timmarna (Eikeland, Haugland & Stubberub 2011) och för bästa effekt av behandlingen bör den påbörjas inom 60 minuter från symtom (Strömberg 2020).

Kvinnor har en tendens till att avvakta med att söka vård relaterat till atypiska och diffusa symtom och det finns faktorer som bidrar till förseningar i det akuta vårdskedet som till exempel ålder, kön och transportsätt till sjukhus (O'Donnell, Condell, Begley & Fitzgerald 2006). Tiden från debutsymtom till att söka behandling på sjukhus varierar mellan kvinnor och män då kvinnor väljer att söka vård senare än män (Omran & Al-Hassan 2006). Efter en lyckad behandling blir kvinnor ofta helt symtomfria och inser därmed inte vikten av rehabilitering efter hjärtinfarkten, detta på grund av att många kvinnor inte är medvetna om att en till hjärtinfarkt kan uppstå inom det närmsta året (Davis 2018). Att bli nedstämd och trött efter en hjärtinfarkt är vanligt förekommande, därför är det av stor vikt att delta i rehabilitering för att få möjlighet till hjälp att bedriva egenvård i form av livsstilsförändringar och följa den medicinska behandlingen samt stöd till psykosocial anpassning (Strömberg 2020).

1.4 Teoretisk referensram

I denna litteraturstudie har författarna valt Aron Antonovskys salutogena modell som består av de centrala begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa begrepp bildar tillsammans kärnpunkten i den salutogena modellen, vilket benämns som graden av känsla av sammanhang (KASAM) (Languis-Eklöf & Sundberg 2020). Enligt Antonovsky (2005) är meningsfullhet den viktigaste komponenten och denna syftar på i vilken utsträckning livet har en känslomässig innebörd och att livets prövningar är värda att lägga energi på. Antonovsky menar att en meningsfullhet bör ses i de utmaningar och händelser som inträffar i livet för att enklare kunna begripa och hantera problemen (Antonovsky 2005). Hög känsla av hanterbarhet medför att människan kan hantera olyckliga situationer i livet utan att känna sig som ett offer (Antonovsky 2005). När en olycklig situation inträffar i livet kan en människa med hög begriplighet ha förmåga att göra situationen begripbar samt förstå de inre och yttre stimuli som inträffar (Antonovsky 2005).

1.5 Sjuksköterskans uppgift i omvårdnaden av kvinnor

Sjuksköterskans främsta uppgift i vårdandet är att hela tiden försöka främja hälsa samt att lindra sjukdom och lidande ur ett individ- och patientperspektiv (Friberg 2020). Hälsoperspektivet grundar sig i att sjuksköterskan med ett holistiskt synsätt och en objektiv bedömning kan arbeta hälsofrämjande (ibid). Sjuksköterskans preventiva arbete vid hjärt- och kärlsjukdomar inom primärvården är en stor del av det hälsofrämjande

arbetet (Strömberg 2020). Patient och sjuksköterskan kan tillsammans lägga upp en handlingsplan gällande livsstilsförändringar som fungerar förebyggande för att minska risken för att drabbas av hjärtinfarkt (ibid). Sjuksköterskans kunskap om hjärtinfarktens symtom är viktigt för att kunna uppmärksamma och påbörja tidig behandling. Ur ett sjuksköterskeperspektiv är det viktigt att inte utesluta hjärtinfarkt som diagnos hos unga kvinnor, detta för att inte fördröja den akuta vården av hjärtinfarkt (ibid). Som sjuksköterska i en ambulans spelar den mentala förberedelsen en stor roll när ambulansen är på väg till en misstänkt hjärtinfarkt, detta för att snabbt kunna ta reda på symtombild, ålder och kön för att kunna optimera vården samt involvera närstående i den pågående situation och fortsatta vårdskedet (Larsson & Engström 2013). När en patient drabbas av hjärtinfarkt är det största fokuset inte på omvårdnad men det är fortfarande av stor vikt att sjuksköterskan har ett lugnt omhändertagande och ger snabb smärtlindring till patienten (Strömberg 2020).

1.6 Definition av upplevelse

Ordet upplevelse definieras enligt Svenska Akademins Ordbok (2015) som förhållandet att uppleva något om en händelse som kan vara minnesvärd, spännande eller gripande. I föreliggande litteraturstudie kommer upplevelse även innefatta: upplevelsen av att drabbas av hjärtinfarkt samt upplevelse av symtomen. I föreliggande litteraturstudie kommer den akuta fasen innefatta upplevelse när symtomen förvärras och kvinnan väljer att uppsöka sjukvård.

1.7 Problemformulering

Cirka 8000 kvinnor drabbas årligen av hjärtinfarkt i Sverige. Kvinnor kan få mer diffusa symtom vid en hjärtinfarkt och denna atypiska symtombild hos kvinnor kan leda till en fördröjning av både uppsökande av vård och påbörjad behandling. För att kvinnor ska kunna associera symtomen till en hjärtinfarkt behövs mer kunskap om kvinnors upplevelse av att drabbas av en hjärtinfarkt. För att undvika en fördröjd vård krävs ytterligare upplysningar till kvinnor för att uppmärksamma atypiska symtom som kan tyda på en hjärtinfarkt.

1.8 Litteraturstudiens syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelse att drabbas av hjärtinfarkt.

1.9 Frågeställning

Hur beskriver kvinnor deras upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt före och under den akuta fasen?

2. Metod

2.1 Design

Enligt studiens syfte valdes en litteraturstudie med beskrivande design (Polit & Beck 2012)**.** Vid en beskrivande design används primärkällor på tidigare forskning som sedan analyseras och tolkas (Polit & Beck 2012).

2.2 Sökstrategi

Den databas som användes var Medline via PubMed och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) som enligt Polit och Beck (2012) är mest lämplig för omvårdnadsforskning. Sökorden som användes på Medline via PubMed var myocardial infarction som MeSH-term, women och experience söktes som fritext. MeSH-term användes för att underlätta sökningarna eftersom de innehåller flera olika termer för samma begrepp (Polit & Beck 2012). Sökorden som användes på CINAHL var myocardial infarction, women och perceptions som fritext och i den andra sökningen på CINAHL användes sökorden myocardial infarction, women och experience som fritext. De booleanska söktermerna AND och OR användes som enligt Polit och Beck (2012) avgränsar eller utökar sökningen. Begränsningarna som användes vid sökningen på Medline via PubMed var full text, female, adults 19+years. Begränsningarna på CINAHL var linked full text, peer reviewed och i den första sökningen användes även begränsningen female. Båda databaserna begränsades med artiklar från Högskolan i Gävles databas och max 15 år gamla. Det gjordes även en manuell sökning där en artikel valdes ut i de valda artiklarnas referenslistor. Sökningen efter artiklarna gjordes 2022-08-23, 2022-09-02 samt 2022-09-06. Utfall av databassökningarna presenteras i tabell 1 nedan.

Tabell 1. *Utfall av databassökningar*

Databas	**Begränsningar, sökdatum**	**Söktermer**	**Antal träffar**	**Antal möjliga artiklar** (exklusive dubbletter)	**Antal valda artiklar**

Medline via PubMed	**Full Text, English, Female, Adults 19+years, 15 år.** **2022-08-23**	**Myocardial Infarction [MesH] AND Women AND Experience**	**218**	**8**	**3**
Cinahl	**Linked Full text, English, Peer Reviewed, Female 15 år, 2022-08-23**	**Myocardial infarction AND Women AND Perceptions**	**34**	**1**	**1**
Cinahl	**Linked Full text, English, Peer Reviewed, 15 år. 2022-09-02**	**Myocardial infarction AND Women AND Experience**	**192**	**15**	**5**
Manuell sökning	**Full text, English, Female, Adults 19+years, 15 år.** **2022-09-06**	**Relevans för inklusionskriterier, syfte och frågeställningar**			**1**
Totalt:			**444**	**24**	**10**

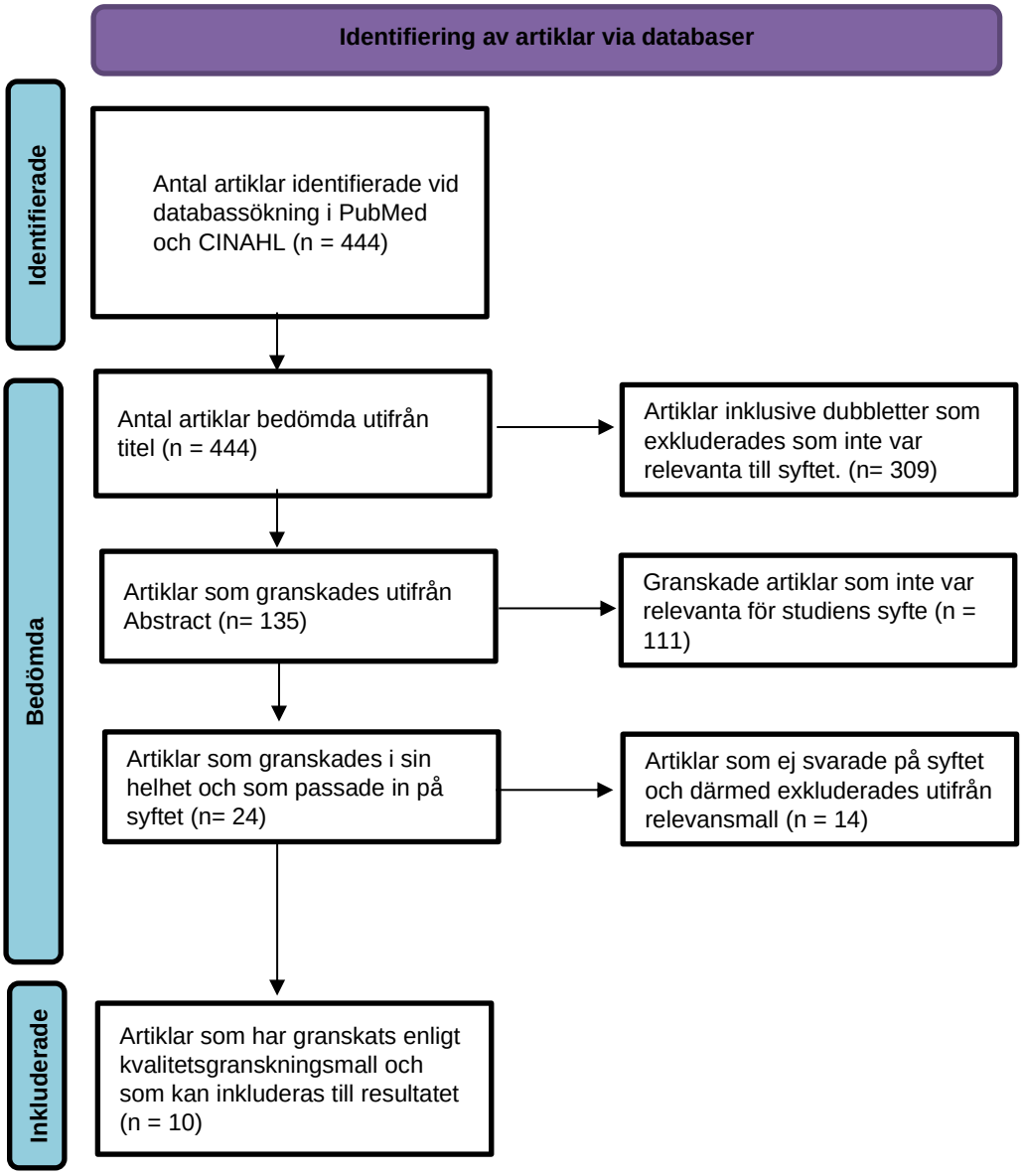
2.3 Urvalskriterier

Inklusionskriterier för de artiklar som valdes ut bestod av att det skulle vara relevanta för syftet samt att artiklarna var primärkällor. Utifrån syftet var enbart vuxna patienters upplevelse aktuell, därför exkluderades patienter under 19 år. För att lättare besvara syftet och få en större förståelse för patienters upplevelser inkluderades artiklarna med kvalitativ ansats. Kvalitativa studier används för att förstå människans levda erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck 2012). De exklusionskriterier som användes var litteraturstudier, artiklar med sjuksköterskans erfarenheter och artiklar där andra sjukdomar undersöktes.

2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar

Urvalsprocessen startade med att samtliga titlar lästes på de 444 artiklar som kunde vara relevanta till syftet. Därefter exkluderades 309 artiklar utifrån att titeln inte verkade vara relevant till litteraturstudiens syfte inklusive 17 dubbletter och därefter gick författarna vidare i processen och granskade de 135 kvarstående artiklarnas abstract. Om Abstract

hade en tydlig koppling till syftet lästes även resultatet. Totalt exkluderades 111 artiklar utifrån abstract och de 24 artiklar som utifrån resultatet verkade ha en tydlig koppling till syftet skrevs ut och granskades enskilt av författarna upprepade gånger. Dessa 24 artiklar genom gick en granskningsmall för att säkerställa artikelns relevans, se bilaga 1. Detta resulterade i att 14 artiklar inte var relevant på grund av att artiklarna var av kvantitativ ansats, inkluderade män i studien och därmed inte svarade på syftet. De 10 kvarstående artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av med en rekommenderad kvalitetsgranskningsmall från Högskolan i Gävle, se bilaga 2. Dessa 10 artiklar svarade på syftet och inkluderades därmed i studien. Urvalsprocessen presenteras även i ett flödesschema, se figur 1.



Figur 1. *Flödesschema*

2.5 Dataanalys

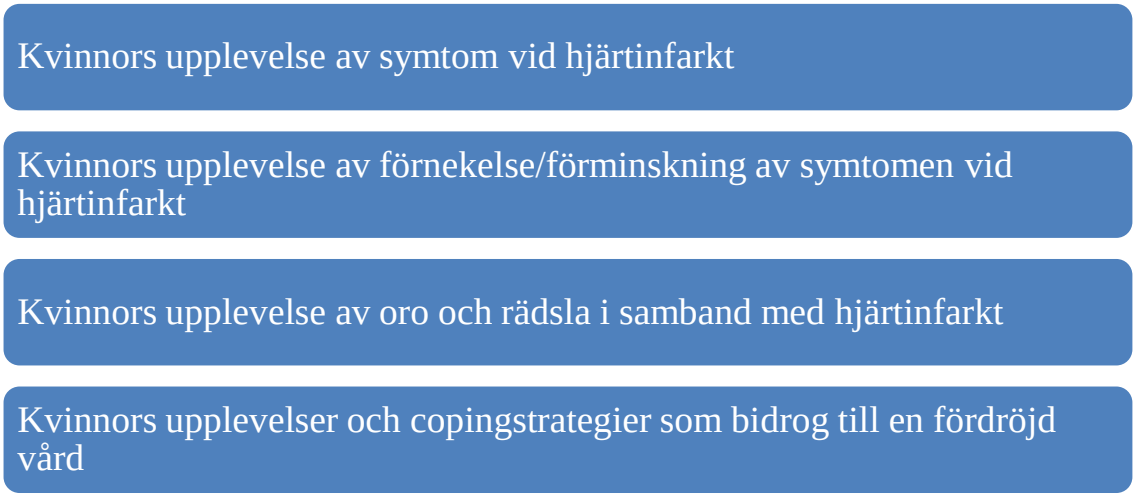
Dataanalysen följde Aveyard´s (2014) tematiska innehållsanalys. De 10 utvalda artiklarna skrevs ut i pappersform och sedan lästes varje artikel separat av författarna. Svåra engelska ord översattes med hjälp av ordlista. Anteckningar och förslag på teman skrevs ned enskilt av författarna som sedan diskuterades gemensamt. Artiklarna fördes sedan in i tabeller för att enklare strukturera och få en överblick över artiklarnas resultat, se bilaga 3, tabell 2. Artiklarnas datainsamlingsmetod, design och undersökningsmetod presenteras i bilaga 3, tabell 3. Sedan fortsatte författarna med att färgkoda innehåll i artiklarnas resultatdel som ansågs vara relevant till litteraturstudiens syfte samt att likheter och skillnader märktes ut, vilket Polit och Beck (2012) anser vara en lämplig metod för att få god översiktlighet över material till en litteraturstudie. Efter färgkodningen skapades teman som författarna namngav utifrån fynd från artiklarnas resultat som var relevant till litteraturstudiens syfte. Slutligen sammanställdes datan i ett elektroniskt dokument och de fyra huvudteman som skapades presenterade resultatet.

2.6 Forskningsetiska överväganden

I föreliggande litteraturstudie har alla artiklar objektivt granskats samt analyserats av författarna. I resultatet har författarna till litteraturstudien varit objektiv med den data som presenteras och resultatet har inte falsifierats eller plagierats. Polit & Beck (2012) anser att det är viktigt att vara objektiv för att undvika att egna åsikter och känslor påverkar analysen av datan.

3. Resultat

Resultatet i föreliggande studie har sammanställts utifrån 10 vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats och författarna kom fram till fyra huvudteman som presenteras nedanför i figur 2.



Figur 2.

3.1 Kvinnors upplevelse av symtom vid hjärtinfarkt

Många kvinnor upplevde en svårighet att associera sina symtom till en hjärtinfarkt (Arslanian-Engoren & Scott 2017; Arslanian-Engoren & Scott 2016; Herning, Hansen, Bygbjerg & Lindhardt 2011; Isaksson, Brulin, Eliasson, Näslund & Zingmark 2013; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Denna svårighet berodde på att symtomen upplevdes som diffusa och inte igenkännbara med de klassiska symtomen för hjärtinfarkt (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Arslanian-Engoren & Scott 2017; Arslanian-Engoren & Scott 2016; Blakeman, Woith, Astroth, Jenkins & Stapleton 2020; Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä & Falk 2016; Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Dessa diffusa symtom upplevdes olika av kvinnorna men en likhet var att symtomen var svåra att förstå eftersom de ej kunde associeras till tidigare erfarenheter eller andra sjukdomar och detta framkallade ångest hos vissa av kvinnorna (Gyberg et al. 2016; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008).

Återkommande atypiska symtom som kvinnorna upplevde var gastrointestinala besvär som karaktäriserades främst av illamående, kräkningar, halsbränna och buksmärta (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Arslanian-Engoren & Scott 2017; Arslanian-Engoren & Scott 2016; Blakeman el at. 2020; Gyberg et al. 2016; Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015). Många kvinnor upplevde smärta i käken, yrsel och svettningar som symtom och beskrev dessa som konstiga och obekväma, dessa symtom kunde uppkomma timmar eller veckor före hjärtinfarkten (Albarran, Clarke &

Crawford 2007). Ett återkommande tidigt symtom som kvinnorna upplevde var fatigue som innebär en onormal trötthet och kunde uppkomma för de flesta kvinnor veckor till månader före hjärtinfarkten. Många kvinnor upplevde detta som något nytt och ovanligt samt att det bidrog till en dålig motivation och en känsla av orkeslöshet i vardagen. (Blakeman et al. 2020; Bowles, McEwen & Rosenfeld 2018; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008).

Ett symtom som kvinnorna kännetecknade som typiskt för en hjärtinfarkt var bröstsmärta och detta symtom upplevde flertalet kvinnor i den akuta fasen. Kvinnornas upplevelse av bröstsmärtan yttrade sig främst som tyngdkänsla, kramp, stelhet eller stickningar i bröstet och smärtan lokaliserades oftast i mitten av bröstet samt bröstbenet. Bröstsmärtan kunde variera i intensitet hos kvinnorna men försvann aldrig i den akuta fasen (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Isaksson et al. 2013). Kvinnor som upplevde smärta i båda armarna vid hjärtinfarkten uteslöt ofta hjärtinfarkt som orsak till smärtan eftersom de hade en förutfattad mening om att symtombilden innebar smärta i endast vänster arm (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008).

3.2 Kvinnors upplevelse av förnekelse/förminskning av symtomen vid hjärtinfarkt

Ung ålder var en anledning till att kvinnorna förnekade allvaret i symtomen som upplevdes vid hjärtinfarkten på grund av att kvinnorna förväntade sig att hjärtinfarkt enbart drabbade äldre (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Kvinnorna kopplade även sina symtom till rökning, låg fysisk aktivitet, halsbränna, hormoner samt vikten och därmed förnekade kvinnorna att symtomen var relaterade till hjärtinfarkt (Albarran, Clarke & Crawford 2007). Kvinnor med en hälsosam livsstil upplevde att det var svårare att koppla symtomen till en hjärtinfarkt och förnekade därmed att det kunde bero på någonting allvarligt (Herning et al. 2011). I samband med att kvinnorna kände symtomen förnekade många kvinnor situationen och intalade sig själv att symtomen ej var av allvarlig karaktär i hopp om att fortsätta vardagen som vanligt (Gyberg et al. 2016; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Många kvinnor upplevde att de hade en förutfattad mening över hur symtomen vid hjärtinfarkt skulle yttra sig, men de faktiska symtomen som upplevdes skiljde sig mot den uppfattning som kvinnorna hade och därmed förnekades deras tanke om att det kunde röra sig om en hjärtinfarkt (Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013). Kvinnorna försökte hitta naturliga anledningar till att symtomen uppkom, många skyllde på magproblem och

läkemedelsbiverkningar och även fast symtomen ökade i intensitet vägrade kvinnorna erkänna allvaret och fortsatte koppla symtomen till andra anledningar som exempelvis matförgiftning (Isaksson et al. 2013).

Trots att många kvinnor upplevde en känsla av att något var fel förminskade de symtomen och övertalade sig själv att det inte rörde sig om något allvarligt trots påpekningar av familj och kollegor (Blakeman el at. 2020; Isaksson et al. 2013). Förminskning av symtomen var återkommande hos kvinnorna (Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008), dels på grund av att symtomen inte satt på vänster sida (Gyberg et al. 2016), men även på grund av att kvinnorna inte vågade berätta om sina symtom relaterat till att kvinnorna inte ville vara till besvär för anhöriga och för sjukvården (Arslanian-Engoren & Scott 2017; Lichtman et al. 2015).

3.3 Kvinnors upplevelse av oro och rädsla i samband med hjärtinfarkt

Många kvinnor kände ett ansvar över hemmet och familjen, detta bidrog till att de upplevde en rädsla för att visa sig svag och göra familjen besviken vilket medförde att kvinnorna satte andras behov framför sina egna och detta resulterade i att de inte sökte vård direkt i samband med deras uppkomna symtom. Kvinnorna upplevde en oro över vad familjen skulle tycka om symtomen skulle bero på en allvarlig sjukdom som hjärtinfarkt (Isaksson et al. 2013). En återkommande känsla hos kvinnorna var oro för att störa samt vara till besvär för familjen vilket bidrog till en fördröjd vård (Bowles, McEwen & Rosenfeld 2018; Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Kvinnorna upplevde att anhöriga hade en stor inverkan på det faktiska beslutet till att söka vård och kände en lättnad om någon anhörig stöttade och hjälpte till att fatta ett beslut gällande uppsökandet av sjukvården (Bowles, McEwen & Rosenfeld 2018; Gyberg et al. 2016; Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Det var inte bara familjen kvinnorna kände ansvar över, utan många kvinnor upplevde ett ansvar över arbetet och hade därmed inte tid att vara sjukskriven från arbetet, vilket bidrog till att kvinnorna nonchalerade sina symtom och valde att inte söka vård (Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015). En annan bidragande faktor som gjorde att kvinnorna inte uppsökte sjukvård direkt vid symtom var en rädsla för att bli kallad hypokondriker av sjukvården (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008).

Vid uppsökande av vård för tidiga symtom upplevde kvinnorna ett nonchalant bemötande från vården och kände sig ignorerade när de blev hemskickade utan vidare åtgärder, det resulterade i att vården missade hjärtinfarkten hos vissa av kvinnorna och behandlingen blev därmed fördröjd (Arslanian-Engoren & Scott 2016; Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015). När kvinnorna upplevde atypiska symtom kände många en rädsla för att störa ambulansen eller sjukvården på grund av att symtomen inte upplevdes som tillräckligt allvarliga och därmed ville inte kvinnorna belasta sjukvården (Arslanian-Engoren & Scott 2016; Arslanian-Engoren & Scott 2017; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Kvinnor som upplevt negativa erfarenheter av vården tidigare tenderade till att inte söka vård i tid (Lichtman et al. 2015), eftersom kvinnorna upplevde en rädsla för att bli nekad vård (Isaksson et al. 2013). Några kvinnor upplevde att det kvinnliga könet bidrog till att sjukvårdpersonalen inte tog symtomen på allvar, vilket gjorde att kvinnorna upplevde en känsla av ignorans av sjukvården (Arslanian-Engoren & Scott 2016).

3.4 Kvinnors upplevelser och copingstategier som bidrog till en fördröjd vård

Kvinnorna försökte hitta copingstrategier för att hantera upplevda symtom, att behandla symtomen själv med läkemedel, sömn, vila, behålla lugnet samt dricka kallt vatten är några exempel på copingstrategier som kvinnorna använde och det ledde till en fördröjning av uppsökandet av vård (Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Den fördröjda vården samt behandlingen hade enligt kvinnorna kunnat undvikas om de var medvetna om att deras atypiska symtom hade kunnat bero på en hjärtinfarkt (Arslanian-Engoren & Scott 2017; Isaksson et al. 2013; Herning et al. 2011; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Många kvinnor upplevde hopp som en användbar copingstrategi vilket innefattade hopp om att symtomen skulle försvinna (Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Så länge symtomen upplevdes hanterbara valde kvinnorna att vänta med att söka vård tills symtomen blev outhärdliga (Gyberg et al. 2016; Isaksson et al. 2013). Kvinnorna upplevde en känsla av skam för att uppsöka sjukvård och ville således inte ringa ambulans på grund av att det kändes för dramatiskt relaterat till symtomen (Arslanian-Engoren & Scott 2017, Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Kvinnorna upplevde att de inte ville vara till besvär för sjukvården och körde därför hellre in själv i stället för att ringa ambulans (Arslanian-Engoren & Scott 2017).

En annan faktor som kvinnorna upplevde ledde till fördröjning var receptionisten på akuten, många upplevde att det tog för lång tid innan kvinnorna fick träffa en sjuksköterska eller läkare. I samband med detta upplevde många kvinnor att kommunikationen var en bidragande faktor till fördröjning, kvinnorna upplevde ett måste av att berätta samma sak flertalet gånger till olika personer, därav önskade kvinnorna i stället att få träffa en sjuksköterska eller läkare direkt och kvinnorna menade att det skulle ha bidragit till ett snabbare vårdförlopp (Arslanian-Engoren & Scott 2016).

I samband med att kvinnorna sökte vård för tidiga atypiska symtom upplevde de en ignorans från sjukvården samt att sjukvården inte tog kvinnorna och deras symtom på allvar. Detta ledde till att kvinnorna upplevde en rädsla för att söka sjukvård igen för samma symtom vilket bidrog till en fördröjning i behandlingen av hjärtinfarkten (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015). Kvinnorna upplevde att sjukvården inte var insatt i vilka symtom som kunde drabba unga kvinnor i samband med en hjärtinfarkt därför upplevde de en dålig respons från sjukvården när atypiska symtom för en hjärtinfarkt förklarades och kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonalen ofta kopplade symtomen till något annat än just en hjärtinfarkt på grund av ålder och kön. Bemötandet från sjukvården ledde till en fördröjning av diagnosställande och därmed behandling för hjärtinfarkt (Lichtman et al. 2015).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Examensarbetets syfte var att beskriva kvinnors upplevelse att drabbas av hjärtinfarkt. I denna litteraturstudie framkom att kvinnor ofta upplever mer diffusa och atypiska symtom vid en hjärtinfarkt och detta bidrog till att kvinnorna hade svårt att associera symtomen till en hjärtinfarkt. Kvinnorna förminskade ofta symtomen i hopp om att dessa symtom skulle försvinna trots att många hade en känsla av att något faktiskt var fel. Flertalet av kvinnorna behövde ofta bli uppmanade av anhöriga för att uppsöka sjukvård. Kvinnorna upplevde ofta en skam över att visa sig svag inför familj och vänner och satte andras behov före sina egna. Många kvinnor ville inte belasta sjukvården och det fanns ofta en rädsla att bli ignorerad av sjukvården samt en oro för att bli betraktad som en hypokondrier. Olika copingstrategier användes av kvinnorna för att själva kunna hantera symtomen och så länge symtomen upplevdes hanterbara väntade många kvinnor med att

uppsöka sjukvård. Kvinnornas atypiska symtom och copingstrategierna för att hantera dessa bidrog till en fördröjd vård och behandling.

4.2 Resultatdiskussion

Författarna har valt att diskutera några huvudfynd ur litteraturstudiens resultat och det som kommer att diskuteras nedanstående är *kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt kopplat till känsla av sammanhang* samt *kvinnors rädsla att möta vården.*

4.2.1 Kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt kopplat till känsla av sammanhang

I resultatet framkom att så länge symtomen upplevdes hanterbara av kvinnorna valde de att vänta med att söka vård tills symtomen blev outhärdliga (Gyberg et al. 2016; Isaksson et al. 2013). Det går att se ett samband mellan kvinnornas hanterbarhet och Aron Antonovskys salutogena modell. Antonovsky (2005) menar att när en människa har förmågan att hantera och ta kontroll över situationen och en förändring i livet bidrar detta till en god hanterbarhet. I resultatet framkom att kvinnor upplevde att symtomen var svåra att förstå eftersom de inte kunde associera symtomen till tidigare erfarenheter eller andra sjukdomar (Gyberg et al. 2016; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008) och att kvinnorna i stället försökte hitta copingstrategier som exempelvis vila, sömn och läkemedel för att hantera symtomen (Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Det går att se ett samband mellan hur kvinnorna valde att hantera deras symtom och kvinnornas hanterbarhet. Vissa kvinnor kan ha haft en god hanterbarhet när deras atypiska symtom framträdde vilket bidrog till att de valde att hantera symtomen med andra copingstrategier i stället för att söka vård. I resultatet framkom att många kvinnor upplevde ett ansvar över hemmet, arbetet och familjen och detta bidrog till att kvinnorna satte andras behov framför sina egna, kvinnorna nonchalerade därför sina symtom vilket ledde till en fördröjd vård (Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015). Kvinnorna upplevde en lättnad om anhöriga hjälpte till och fanns där som ett stöd i uppsökandet av sjukvård (Bowles, McEwen & Rosenfeld 2018; Gyberg et al. 2016; Herning et al. 2011; Isaksson et al. 2013; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Antonovsky (2005) menar att ett socialt nätverk är betydelsefullt för att uppleva en känsla av sammanhang. Hildingh, Fridlund & Baigi (2008) menar att låg känsla av sammanhang är kopplat till svagt socialt nätverk. Detta kan tolkas som att

socialt stöd är av stor vikt för kvinnor i samband med en hjärtinfarkt för att kvinnorna skall kunna känna en meningsfullhet i situationen. Där även anhöriga har en betydelsefull roll före och under en kvinna drabbas av er hjärtinfarkt, eftersom det sociala stödet kan ha en stor påverkan på kvinnors meningsfullhet i livet. Vilket kan tolkas som att om kvinnorna känner en meningsfullhet kan de enklare hantera situationen.

4.2.2 Kvinnors rädsla att möta vården

I resultatet framkom en rädsla hos kvinnorna att bli kallad hypokondriker av sjukvården vilket bidrog till att vissa kvinnor inte uppsökte vård direkt vid symtom (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Enligt en studie av Arslanian-Engoren (2009) framkom det att sjuksköterskor inte tar vissa kvinnors symtom på allvar relaterat till hur kvinnorna agerar vid uppsökande av sjukvård. Några orsaker till att varför sjuksköterskorna inte tar dessa kvinnor och deras symtom på allvar är på grund av att kvinnorna var sminkade, pratade i telefon samt skrattade och därmed upplevde sjuksköterskorna att kvinnorna inte kunde vara allvarligt sjuk. Kvinnor som däremot upplever bröstsmärta prioriteras automatiskt före alla andra patienter och sjuksköterskorna tog dessa kvinnor på allvar direkt. Kvinnorna behandlas olika relaterat till deras symtom trots att alla dessa kvinnor hade en hjärtinfarkt (Arslaninan-Engoren 2009). Eftersom alla kvinnor inte drabbas av bröstsmärta vid en hjärtinfarkt borde kvinnors atypiska symtom uppmärksammas och det går att förstå kvinnors rädsla över att bli kallad hypokondriker eftersom kvinnorna inte blir tagna på allvar om de exempelvis inkommer med smink till akutmottagningen, detta bör inte ha någon påverkan på sjuksköterskornas tillförlitlighet till kvinnorna och på vårdförloppet. I resultatet framkom att kvinnorna upplevde en rädsla och oro över att belasta och störa sjukvården (Arslanian-Engoren & Scott 2016; Arslanian-Engoren & Scott 2017; Sjöström-Strand & Fridlund 2008). Det går att se ett samband mellan vissa kvinnors beteende vid uppsökande av sjukvård och med kvinnors rädsla över att störa sjukvården. Att kvinnorna skrattar när de inkommer till sjukvården kan vara en försvarsmekanism och copingstrategi för att inte uppleva att de är till besvär för sjukvården.

I resultatet beskrevs hur kvinnor som tidigare upplevt negativa erfarenheter av vården tenderade till att inte uppsöka vård i tid (Lichtman et al. 2015), eftersom kvinnorna upplevde en rädsla för att bli nekad vård (Isaksson et al. 2013). I resultatet framkom att

vissa kvinnor inte vågade söka sjukvård igen för samma symtom på grund av tidigare negativa möten med vården där kvinnorna upplevde en känsla av ignorans från sjukvården samt en oro att inte bli tagen på allvar (Albarran, Clarke & Crawford 2007; Isaksson et al. 2013; Lichtman et al. 2015). Denna oro som kvinnorna känner över att både bli nekad vård samt att inte bli tagen på allvar kan tolkas som att vårdpersonalens bemötande har en betydande roll för kvinnans uppfattning kring vårdsituationen. Socialstyrelsen (2020) menar att brister i bemötandet kan leda till att kvinnan inte återkommer trots att kvinnans tillstånd kräver det. Vilket kan tolkas som att vårdpersonalens bemötande har en viktig roll när det gäller att möta kvinnor med atypiska symtom. Att kommunikationen kunde bidra till en fördröjd vård enligt kvinnorna framkom i litteraturstudiens resultat (Arslanian-Engoren & Scott 2016). Socialstyrelsen (2020) menar att om bemötandet brister mellan vårdpersonalen och i detta fall kvinnor kan det leda till brister i både kommunikationen och informationen vilket i sin tur kan leda till en patientsäkerhetsrisk. Vikten av vårdpersonalens bemötande borde därför uppmärksammas för att undvika att patientsäkerhetsrisker ska uppstå.

4.3 Metoddiskussion

4.3.1 Design

Syftet med litteraturstudien var att beskriva kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. En litteraturstudie med beskrivande design valdes för att svara på studiens syfte och enligt Polit och Beck (2012) kan denna design med fördel tillämpas för att beskriva personers upplevelser samt erfarenheter.

4.3.2 Sökstrategi

Författarna valde att söka efter relevanta artiklar i databaserna Medline via PubMed samt CINAHL som enligt Polit och Beck (2012) främst används vid medicin och omvårdnadsforskning, vilket är anpassat till studiens syfte samt för sjuksköterskor. Författarna valde att använda MesH-term vid sökningen i databasen Medline via PubMed vilket enligt Polit och Beck (2012) ger en mer tillförlitlig sökning. Detta anser författarna vara en styrka i sökstrategin eftersom det bidrog till att relevanta artiklar hittades. En svaghet enligt författarna kan ha varit att flertalet begränsningar användes vilket kan ha bidragit till att eventuella relevanta artiklar kan ha gått mistes om. Författarna valde att ha max 15 år som begränsning i artikelsökningen, dock är författarna medvetna om att ett

större åldersspann kan bidra till att artiklarna kan anses som mindre aktuella för dagens forskning. Däremot skiljde sig inte artiklarnas resultat trots att åldersspannet på artiklarna var mellan år 2007–2020 vilket författarna anser som en styrka eftersom det stärker tillförlitligheten i litteraturstudiens resultat.

4.3.3 Urvalskriterier

Författarna valde enbart kvalitativa artiklar till resultatet och detta anser författarna som en styrka då det ansågs mest relevant utifrån studiens syfte eftersom syftet innefattar upplevelser. Kvalitativa studier används för att förstå människans levda erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck 2012).

4.3.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar

Författarna valde att säkerställa de 24 artiklarnas relevans med hjälp av en rekommenderas relevansmall, vilket bidrog till att 14 artiklar inte var relevant utifrån studiens syfte. De 10 kvarstående artiklarna har granskats utifrån en rekommenderad kvalitetsgranskningsmall vilket författarna anser som en styrka eftersom det bidrog till att säkerställa artiklarnas kvalité.

4.3.5 Dataanalys

Språket på artiklarna var ej skrivna på författarnas modersmål vilket kan vara en svaghet eftersom feltolkningar kan uppstå vid översättning, dock är författarna medvetna om detta och därför har artiklarna lästs separat för att minimera risken för feltolkningar. Vidare lästes artiklarna upprepade gånger tillsammans innan fortsatt bearbetning vilket Polit och Beck (2012) menar ökar förståelsen för artiklarna. Vid analysen av datan har författarna använt färgkodning för att enklare hitta likheter och skillnader i artiklarna, detta bidrog till att författarna fick en bra översikt av materialet som skulle sammanställas till litteraturstudiens resultat. Detta anser Polit och Beck (2012) vara en lämplig metod för att analysera data. Utifrån färgkodningen framkom det fyra huvudteman som presenteras i resultatet. Under dataanalysen har författarna använt sig av ordlistor för att översätta svåra engelska ord vilket författarna anser som en styrka då risken för feltolkningar minskar.

4.3.6 Forskningsetiska överväganden

Författarna har tagit hänsyn till att datan inte får falsifieras eller plagieras samt att alla artiklar har granskats och analyserats med en noggrannhet och objektivitet, detta anser författarna vara en styrka för litteraturstudiens resultat eftersom författarna därmed inte har lagt några personliga värderingar och tolkningar i artiklarnas resultat.

4.4 Kliniska implikationer

Med detta examensarbete vill författarna sprida förståelse för kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. Sjuksköterskor kan med hjälp av detta examensarbete få en insikt i kvinnans upplevelse av att drabbas av en hjärtinfarkt före och under den akuta fasen. Författarna vill bidra till att sjuksköterskor i sitt arbete kan tolka atypiska symtom hos kvinnor för att kunna upptäcka en hjärtinfarkt tidigare samt uppmärksamma kvinnor på vilka symtom som kan tyda på en hjärtinfarkt. För att möjliggöra detta menar författarna att det krävs en ökad kunskap och förståelse i vården om kvinnors upplevelse av att drabbas av hjärtinfarkt. Författarna vill med detta examensarbete upplysa vikten av att söka vård i ett tidigt skede för att inte fördröja behandlingen och hjälpa sjuksköterskor att identifiera tidiga atypiska symtom som beror på en hjärtinfarkt.

4.5 Förslag på fortsatt forskning

Kvinnor upplever tidiga symtom upp till veckor och månader innan hjärtinfarkten och har ofta en atypisk symtombild, därför krävs mer forskning för att sjukvården ska kunna upptäcka dessa i tid och det behövs därmed mer information inom detta område i preventivt syfte. Resultatet i föreliggande litteraturstudie visade att flertalet av kvinnorna inte sökte vård i tid och därmed blev behandlingen fördröjd. Det behövs därmed mer forskning för att sjukvården ska kunna uppmärksamma och ge det stöd som kvinnorna behöver för att vården inte ska bli fördröjd.

4.6 Slutsats

Kvinnornas upplevelse vid en hjärtinfarkt visade att de hade svårigheter att associera symtomen till en hjärtinfarkt. Symtomen upplevdes diffusa samt otydliga och detta i samband med att kvinnorna inte förväntade sig att drabbas av en hjärtinfarkt ledde till en fördröjd vård. Det är av stor vikt att sjukvården kan tolka dessa atypiska symtom hos kvinnorna för att förhindra den fördröjda vården. Kvinnorna upplevde en rädsla och oro att bli ignorerade eller inte bli tagna på allvar av sjukvården i samband med hjärtinfarkten.

Det är viktigt att sjukvården är medveten om dessa känslor hos kvinnor i relation till hjärtinfarkten för att kunna bemöta och ge stöd på bästa sätt.

5. Referenser

*= Artiklar som använts i resultatet

*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 (Wiley-Blackwell)*, 16(7), pp. 1292–1301. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01777.x.

Albarqouni, L., Smenes, K., Meinertz, T.H., Schunkert, H., Fang, X., Ronel, J. & Ladwig, K.-H. (2016). 'Patients' knowledge about symptoms and adequate behaviour during acute myocardial infarction and its impact on delay time', *Patient Education and Counseling*, 99(11), pp. 1845–1851. doi:10.1016/j.pec.2016.06.007.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arslanian-Engoren, C. (2009). 'Explicating nurses' cardiac triage decisions', *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), pp. 50–57. doi:10.1097/01.JCN.0000317474.50424.4f.

*Arslanian-Engoren, C. & Scott, L.D. (2017). 'Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction', *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(5), pp. 298–303. doi:10.1097/DCC.0000000000000260.

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

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health an Social Care: A Practical Guide. Maidenhead*: Open University Press.

*Blakeman, J.R., Woith, W.M., Astroth, K.S., Jenkins, S.H. & Stapleton, S.J. (2020). 'A qualitative exploration of prodromal myocardial infarction fatigue experienced by women', *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(19/20), pp. 3882–3895. doi:10.1111/jocn.15432.

*Bowles, J. R., McEwen, M. M. & Rosenfeld, A. G. (2018). 'Acute Myocardial Infarction Experience Among Mexican American Women.' *Hisp Health Care Int.* 2018 Jun;16(2):62-69. doi: 10.1177/1540415318779926. Epub 2018 Jun 11. PMID: 29886775.

Davis, L. L. (2018). 'Listening to stories from women with heart disease: My experience as a nurse practitioner', *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(5), pp. 248–250. doi:10.1097/JXX.0000000000000046

DeFilippis, E. M., Collins, B. L., Singh, A., Biery, D. W., Fatima, A., Qamar A., Berman, A. N., Gupta, A., Cawley, M., Wood, M. J., Klein, J., Hainer, J., Gulati, M., Taqueti, V. R., Di Carli, M. F., Nasir, K., Bhatt, D. L. & Blankstein R. (2020). 'Women who experience a myocardial infarction at a young age have worse outcomes compared with men: the Mass General Brigham YOUNG-MI registry', *European Heart Journal.* 2020 Nov 7;41(42):4127-4137. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa662. PMID: 33049774; PMCID: PMC7700756.

DeVon, H. A., Mirzaei, S. & Zègre-Hemsey, J. (2020). 'Typical and Atypical Symptoms of Acute Coronary Syndrome: Time to Retire the Terms?', *Journal of the American Heart Association*, 9(7), pp. 1–4. doi:10.1161/JAHA.119.015539.

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I Almås, H., Stubberud, D-G, & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB, ss. 207-240.

Friberg, F. (2020). Hälsa. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlen, J. (red.) *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 382–405.

*Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S. & Falk, K. (2016). 'Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), pp. 670–677. doi:10.1111/scs.12286

Herlitz, J., Ravn-Fischer, A. & Svensson, L. (2016). Hjärtinfarkt. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård.* Stockholm: Liber AB, s. 256.

*Herning, M., Hansen, R. P., 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), pp. 241–247. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.10.002.

Hildingh, C., Fridlund, B. & Baigi, A. (2008). 'Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event', *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 17(10), pp. 1303–1311. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01892.x

*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), pp. 360–369. doi:10.1097/JCN.0b013e31824bcebc.

Johansson, I., Strömberg, A. & Swahn, E. (2004). 'Ambulance Use in Patients With Acute Myocardial Infarction':, *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), pp. 5–12. doi:10.1097/00005082-200401000-00004.

Kareld, L. (2020). Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar. I Ericson, T. & Lind, M. *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 59–149.

Langius-Eklöf, A. & Sundberg, K. (2020). Känsla av sammanhang. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.) *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 51–63.

Larsson, R. & Engström, Å. (2013). 'Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest', *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), pp. 197–205. doi:10.1111/ijn.12057.'

*Lichtman, J.H., Leifheit-Limson, E. C., Watanabe, E., Allen, N. B., Garavalia, B., Garavalia, L. S., Spertus, J. A., Krumholz, H. M. & Curry, L. A. (2015). 'Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial

infarction', *Circulation: Cardiovascular Quality & Outcomes*, 8, pp. S31-8. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612.

O'Donnell, S., Condell, S., Begley, C. & Fitzgerald, T. (2006). 'Prehospital care pathway delays: gender and myocardial infarction', *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), pp. 268–276. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03722.x.

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), pp. 198–204. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00572.x.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Ninth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SAOL, *Svenska Akademins ordlista över svenska språket* (2015). 14. Uppl. Stockholm: Svenska Akademin.

*Sjöström-Strand., A. & Fridlund, B. (2008). 'Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: a qualitative study', *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), pp. 1003–1010. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.07.004

Socialstyrelsen (2020). *Bemötande.* https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/riskomraden/bemotande/ [2020-09-30].

Socialstyrelsen (2021). *Statistik om hjärtinfarkter*. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/hjartinfarkter/ [2020-08-30].

Strömberg, A. (2020). Cirkulation. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.) *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 445–474.

Bilaga 1.

Mall för granskning av artikels relevans

Artikelförfattare och publiceringsår				
		Ja	Delvis	Nej
1.	Är det fenomen (d.v.s. det som studeras) som studeras i granskad studie relevant i förhållande till det aktuella syftet*?			
2	Är de deltagare som ingår i granskad studie relevanta i förhållande till det aktuella syftet*?			
3.	Är det sammanhang (kontext) som studeras i granskad studie relevant i förhållande till det aktuella syftet*?			
4.	Är granskad studies ansats och design studie relevant i förhållande till det aktuella syftet*?			
5.	Sammanvägd bedömning: bör granskad studie inkluderas för kvalitetsgranskning i den aktuella studien**?			

Bilaga 2.

Kvalitetsgranskningsmall

		Ja, med motiveringen att…	**Delvis,** med motiveringen att…	**Nej,** med motiveringen att…	**Går ej att bedöma,** med motiveringen att…
Syfte					
1.	Är den granskade studiens syfte tydligt formulerat?				
Metod					
2.	Är designen lämplig utifrån studiens syfte?				
3.	Är metodavsnittet tydligt beskrivet?				
4.	Är deltagarna relevanta i förhållande till studiens syfte?				
5.	Är inklusionskriterier och eventuella exklusionskriterier beskrivna?				

6.	Är det sammanhang (kontext) i vilket forskningen genomförs beskrivet?				
7.	Är metoden för datainsamling relevant?				
8.	Är analysmetoden redovisad och tydligt beskriven?				
9.	Görs relevanta etiska reflektioner?				
Resultat					
10.	Är det resultat som redovisas tydligt och relevant i förhållande till studiens syfte?				
Diskussion					

11.	Diskuteras den kliniska betydelse som studiens resultat kan ha?				
12.	Finns en kritisk diskussion om den använda metoden och genomförandet av studien?				
13.	Är trovärdighetsaspekter för studien diskuterade?				

Bilaga 3.

Tabell 2. Sammanfattning av inkluderade artiklars syfte samt resultat.

Författare	**Syfte**	**Resultat**
Albarran, J. W., Clark, B. A. & Cramford, J.	Syftet var att undersöka karaktären på hjärtsymtomen som upplevs av kvinnor diagnostiserade med hjärtinfarkt.	Kvinnor upplevde deras symtom som varierande och atypiska, vilket gjorde att de skyllde på andra orsaker än hjärtinfarkt. Vissa av kvinnorna ansågs sig vara för unga eller friska för att kunna drabbas av hjärtsjukdomar. Allt detta ledde till fördröjningar av att söka vård.
Arslanian-Engoren, C. & Scott, D. L.	Syftet var att beskriva orsaker till förseningar i beslutandet om behandling bland kvinnor som upplever en initial hjärtinfarkt.	Atypiska symtom som var svåra att koppla till en hjärtinfarkt, personliga skyldigheter samt vägran att ringa efter ambulans ledde till att kvinnorna fördröjde uppsökandet av vård.
Arslanian-Engoren, C. & Scott, D. L.	Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse vid hjärtinfarkt, identifiera upplevde barriärer eller stöd inom akutmottagning som underlättade eller hindrade en snabb korrekt igenkänning av deras hjärtsymtom och undersöka uppfattningar om skillnader bland kvinnor som behandlas för hjärtinfarkt.	Kvinnorna upplevde olika barriärer i uppsökandet av vård vid en hjärtinfarkt. Symtom, ålder, kön och kommunikationssvårigheter var olika faktorer som bidrog till en fördröjd behandling/vård.
Blakeman, J. R., With, W. M., Astroth, K. S., Jenkins, S. H. & Stapleton, S. J.	Syftet var att undersöka vuxna kvinnors unika och delade upplevelser av tidiga trötthets-symtom vid en hjärtinfarkt.	Kvinnorna upplevde fatigue som ett tidigt symtom på hjärtinfarkt. Många upplevde tröttheten som något onormalt och något som påverkade deras vardag.
Bowles, R. J., McEwen, M. M. & Rosenfeld, A. G.	Syftet var att beskriva mexianamerikanska kvinnors upplevelser av symtom vid en hjärtinfarkt.	Kvinnorna kände inte igen de tidiga atypiska symtomen som de upplevde i samband med hjärtinfarkten. Detta ledde till en fördröjning i uppsökande av vård.
Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S. & Falk, K.	Syftet var att indentifiera hur kvinnors erfarenheter samspelade och påverkade beslutet att söka vård vid sin första hjärtinfarkt.	Kvinnorna upplevde symtom som ej kunde accosiereas till hjärtat. Kvinnorna förnekade symtomen som ledde till fördröjd behandling. Många upplevde tidiga symtom men

		det var inte förrän de blev ohanterbart som de faktiskt sökte vård.
Herning, M., Hansen R. P., Bygbjerg, B. & Lindhardt, T.	Syftet var att undersöka hur kvinnors tankar, motivation och agerande påverkade deras fördröjning i uppsökandet av vård när de upplevde symtom under den akuta fasen i en hjärtinfarkt.	Kvinnors kunskap, agerande och tolkningar av symtom spelade stor roll i hur de valde att uppsöka vård eller inte. Många kvinnor förminskade symtomen och hittade egna strategier för att inte behöva söka sjukvård. Många kvinnor upplevde att anhöriga behövde ta beslutet i att söka vård.
Isaksson, R. M., Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U. & Zingmark, K.	Syftet var att undersöka äldre kvinnors prehospitala upplevelser av deras första hjärtinfarkt.	Kvinnor upplevde deras symtom som konstiga och oigenkännbara. Under den prehospitala fasen använde kvinnorna olika strategier för att förneka deras symtom. Många kände ansvar över familj och förstod ej allvaret. Kvinnors tidigare bemötande av vården ledde till en känsla av ignorans och skam vilket ledde till en fördröjd vård.
Lichtman, J. H., Leifheit-Limson, E. C., Watanabe, E., Allen, N. B., Garavalia, B., Garavalia, L. S., Spertus, J. A., Krumholz, H. M. & Curry, L. A.	Att undersöka kvinnors upplevelse av symtom och ställningstagande till sökande av vård vid en akut hjärtinfarkt	Fem teman framkom i studien, att kvinnornas symtom varierade kraftigt, att brist på kunskap kring ärftlighet påverkade, att kvinnorna satte andra före sig själv, att vårdens bemötande ledde till fördröjd vård och behandling samt att kvinnor hade tidigare negativ erfarenhet från primärvården som påverkade beslutet i att söka vård eller inte.
Sjöström-Strand, A. & Fridlund, B.	Syftet var att undersöka och beskriva kvinnors symtom och anledningar till att det blev en fördröjning i uppsökande av vård vid deras första hjärtinfarkt.	Kvinnorna hade svårt att tolka, förstå och koppla sina symtom till hjärtsjukdomar. Kvinnorna försökte hellre lindra sina symtom hemma än att söka vård. Kvinnorna hade svårt att ta beslutet att själv att söka vård, de behövde någon som hjälpte dom att ta beslutet.

Tabell 3. Inkluderade artiklars design och undersökningsmetod.

Författare	**Titel**	**Design och eventuellt ansats**	**Undersöknings-grupp**	**Datainsamlings-metod**	**Dataanalysmetod**
Albarran, J. W., Clark, B. A. & Cramford, J. England 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.	Kvalitativ design	12 kvinnor från en hjärtavdelning I England.	Semi-strukturerade intervjuer som spelades in.	Ordagrann transkribering av banden, ett modifierat tillvägagångssätt av Miles och Huberman användes.
Arslanian-Engoren, C. & Scott, D. L. USA 2017	Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction	Sekundär kvalitativ analys med beskrivande data.	14 kvinnor som senaste två åren hade blivit diagnostiserad med hjärtinfarkt.	Fokusgrupper	Krueger metoden användes för att analysera datan.
Arslanian-Engoren, C. & Scott, D. L. USA 2016	Women´s perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience.	Beskrivande kvalitativ studie.	14 kvinnor	Fokusgrupper	Krueger´s innehållsanalysmetod
Blakeman, J. R., Woith, W. M., Astroth, K. S., Jenkins, S. H. & Stapleton, S. J. USA 2020	A qualitative exploration of prodromal myocardialinfarction fatigue experienced by women.	En kvalitativ flerfallstudie.	10 kvinnor som hade genomgått en hjärtinfarkt deltog I studien.	Semistrukturerade inspelade intervjuer.	Induktiv och jämförande analys av kvalitativ data.

Bowles, R. J., McEwen, M. M. & Rosenfeld, A. G. USA 2018	Acute Myocardial Infartion Experience Among Mexian American Women.	Kvalitativ ansats med deskriptiv design.	8 mexikanamerikanska kvinnor som hade haft genomgått en hjärtinfarkt.	Semistruktuerade intervjuer	Kvalitativ innehållsanalys.
Gynberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S. & Falk, K. Sverige 2015	Women´s help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction.	Konstruktiv grounded theory med kvalitativ ansats.	17 kvinnor deltog som hade haft en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer som spelades in med uppföljningsfrågor.	Kodad data.
Herning, M., Hansen R. P., Bygbjerg, B. & Lindhardt, T. Danmark 2011	Women´s experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction.	Kvalitativ ansats	17 kvinnor med STEMI hjärtinfarkt,	Djupgående intervjuer med fenemenologisk ramverki enlighet med principer formulerade av Giorgi.	Giorgi´s femomenologisk dataanalys
Isaksson, R M., Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U. & Zingmark, K. Sverige 2013	Older Women´s Prehospital Experiences of Their First Myocardial Infarction.	Kvalitativ ansats	20 kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer och öppna frågor.	Kvalitativ innehållsanalys

Lichtman, J. H., Leifheit-Limson, E. C., Watanabe, E., Allen, N. B., Garavalia, B., Garavalia, L. S., Spertus, J. A., Krumholz, H. M. & Curry, L. A. USA 2015	Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women With Acute Myocardial Infarction	Kvalitativ ansats grounded theory	30 kvinnor som drabbats av en akut hjärtinfarkt.	Ostrukturerade djupintervjuer med en startfråga kring ämnet.	Kodad data
Sjöström-Strand, A. & Fridlund, B. Sverige 2007	Women´s descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study.	Explorativ deskriptiv design. Kvalitativ ansats.	19 kvinnor intervjuades andra eller tredje dagen på en hjärtavdelning i Sverige.	Intervjuer baserat på en intervju-guide som spelades in.	Manifest och latent innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.