



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KVINNORS UPPLEVELSER AV HJÄRTINFARKT

EN LITTERATURSTUDIE

HELEN CARLSSON
GUDRUN GUNNHALLSDOTTIR

Examensarbete i omvårdnad
46-55 p
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2006

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

KVINNORS UPPELVELSER AV HJÄRTINFARKT

EN LITTERATURSTUDIE

HELEN CARLSSON
GUDRUN GUNNHALLSDOTTIR

Carlsson, H & Gunnhallsdottir, G. Kvinnors upplevelser vid hjärtinfarkt. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2006

Den vanligaste dödsorsaken hos kvinnor äldre än 55 år är hjärtinfarkt. Kvinnor insjuknar i regel 10 år senare än män. Olikheter i symtombilden har observerats vilket kan leda till att sjukvård inte uppsöks. *Syftet* med denna litteraturstudie är att undersöka forskningsfältet med mål att belysa kvinnors upplevelser, tankar och känslor vid hjärtinfarkt med atypiska symtom. Vi vill även undersöka vad som finns skrivet om eventuella konsekvenser vad gäller omvårdnaden/vården på de atypiska symtomen. *Metoden* är en litteraturstudie som baseras på 11 vetenskapliga artiklar med kvalitativ forskningsansats. *Resultatet* visar att de flesta kvinnorna inte ansåg sig vara i riskzonen för att drabbas av en hjärtinfarkt. Deras förförståelse och kunskaper om hjärtinfarkt var avgörande när de tolkade och analyserade de atypiska symtom som de upplevde i det akuta skedet. Kvinnorna försökte ofta relatera sina symtom till andra sjukdomstillstånd samt lindra och behandla dessa med egenvårdsåtgärder. I kontakten med sjukvården upplevde kvinnorna ett stort obehag av att inte tas på allvar och vara hörda. Kvinnorna gavs ofta andra diagnoser än hjärtinfarkt vilket skapade frustration och tvivel.

Nyckelord: atypiska symtom, hjärtinfarkt, kvinnor, litteraturstudie, upplevelse, vårdsökande

WOMEN'S PERCEPTIONS OF A MYOCARDIAL INFARCTION

A LITERATURE REVIEW

HELEN CARLSSON
GUDRUN GUNNHALLSDOTTIR

Carlsson, H & Gunnhallsdottir, G. Women's perceptions of a myocardial infarction. A literature review. Degree Project in Nursing, *10 Credit Points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Nursing, 2006

The most common cause of death among women older than 55 years of age is myocardial infarction. Women usually fall ill 10 years later than men. Dissimilarities in symptoms have been observed which can lead to that you are not seeking medical treatment. The *aim* of this study is to investigate the research field and illuminate women's perceptions, thoughts and feelings during their myocardial infarction with atypical symptoms. We also want to investigate what is written about the consequences when it comes to caring/nursing when the symptoms are atypical. The *method* is a literature review, which is based upon 11 articles with a qualitative approach. The *result* shows that most of the women did not see themselves at risk of having a myocardial infarction. Their pre-understanding and knowledge of myocardial infarction was crucial when they interpreted and analyzed the atypical symptoms that they experienced in the acute phase. Women often tried to relate their symptoms to other illnesses and they also tried to relieve and treat these with self-treatment. In their contact with the medical department women often felt discomfort because they felt that they were not taken serious and were not being listened to. Women were often given other diagnosis than myocardial infarction, which lead to frustration and doubt.

Keywords: atypical symptoms, care-seeking, literature review, myocardial infarction, perception, women

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND.....	5
Hjärtinfarkt	5
Patofysiologi	5
Riskfaktorer.....	6
Klassiska symtom.....	6
Atypiska symtom.....	6
Behandling och omvårdnad	6
Smärta.....	7
Sjuksköterskans ansvarsområde.....	8
Observationskompetens.....	8
Patientens känslor och nya tankar vid sjukdom.....	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
Frågeställningar.....	9
METOD.....	9
Inklusionskriterier	9
Litteratursökning	9
Tabell 1.	10
Kritisk granskning.....	10
Dataanalys.....	11
RESULTAT	11
Föreställningar om hjärtinfarkt	11
Tidigare erfarenhet	12
Förnekelse.....	12
Kontroll.....	13
Riskzon.....	13
Egenvård.....	14
Involvera andra	14
Avgörande faktorer för vårdsökande.....	15
Sjukvårdskontakt – att inte bli tagen på allvar.....	16
Diagnos.....	16
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion	17
Inklusionskriterier	17
Litteratursökning	18
Kritisk granskning.....	18
Dataanalys.....	18
Resultatdiskussion.....	18
Den komplexa symtombilden	18
Rädsla för sjukdom.....	20
Kvinnornas strategier.....	20
Sjukvårdskontakten	21
Avslutande reflektioner	22
REFERENSER	24
Bilaga 1.....	26
Kritisk granskning av artiklar	26

INLEDNING

Med stort intresse för hjärtats funktion och dess konsekvenser vid sjukdom har vi valt att ytterligare fördjupa våra kunskaper inom detta område. Den vanligaste dödsorsaken i Sverige hos kvinnor äldre än 55 år är hjärtinfarkt. Kvinnor drabbas i regel 10 år senare än män (Schenck-Gustafsson, 2003). Hjärtkärlsjukdomar är fortfarande ett stort folkhälsoproblem i Sverige trots minskad incidens. Denna minskning gäller för både män och kvinnor och oberoende av socialgrupp (Socialstyrelsen, 2005). Schenck-Gustafsson (2003) menar dock att trots generell minskning ser man en ökning hos en del kvinnogrupper. Under åren 1987-2002 har insjuknandet i hjärtinfarkt minskat med ca 23 % (Socialstyrelsen, 2005).

Vi har studerat tidigare skrivna C-uppsatser och sökt specifikt på symtom vid hjärtinfarkt och olikheter mellan könen. Håkansson-Rönholm och Nilsson (2004) beskriver i sin C-uppsats tydliga olikheter i symtombilden före en hjärtinfarkt. I vår litteraturstudie kommer vi att fördjupa oss i kvinnors upplevelse av dessa atypiska symtom i det akuta skedet. Det är av stort intresse att veta hur kvinnor tänker, känner och upplever situationen när de icke klassiska hjärtinfarktssymtomen infinner sig. Vad är det för tankar som föds? Finns det en förståelse för vad som eventuellt är på gång? Vi upplever att eventuella konsekvenser kan uppstå på dessa olikheter, och framförallt att omvårdnaden kan påverkas vid det akuta omhändertagandet. Hedner (2003) beskriver atypiska symtom hos diabetiker och äldre, men nämner inte kvinnor som riskgrupp. I media diskuteras de atypiska symtomen i samband med kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt, även kallad tyst infarkt. Vi upplever att detta är ett ämne som är relevant för vår blivande yrkesroll då ökad förståelse bidrar till bättre omvårdnad.

BAKGRUND

I bakgrunden till vårt arbete beskriver vi olika ämnesområden som är av betydelse för vår litteraturstudie. De centrala delarna vi beskriver är grunden till våra frågeställningar.

Hjärtinfarkt

Vi inleder med en kort presentation om uppkomsten av en hjärtinfarkt samt vilka riskfaktorer som kan föreligga. Vidare beskrivs de klassiska och de atypiska symtomen. Därefter tar vi upp vård och behandling vid hjärtinfarkt.

Patofysiologi

Med myokardischemi menas att hjärtmuskulaturen inte blir tillräckligt syresatt på grund av försämrat blodflöde. Vanligast är det arterioskleros (åderförkalkning) i coronarkärlen (kranskärlen) som föregår myokardischemi. Arteriosklerosbildningen är en långsam process som engagerar kärlens innersta väggsikt. Successivt förtjockas kärlväggen vilket leder till att blodflödet reduceras och detta kan i sin tur leda till försämrad syretransport. I den förtjockade kärlväggen har hård plack bildats vilket ytterligare påverkar coronarkärlen (Ericson & Ericson, 2002).

Vid en hjärtinfarkt har blodflödet försämrats p g a plackruptur, kärlspasm eller endoteliskada. I detta skede har man som regel symtom i mer än 15 minuter som inte är övergående eller påverkas av Nitromex (kärlvidgande). Hjärtmuskulaturen i den del infarkten uppstår påverkas av syrebristen och dör (Ericson & Ericson, 2002).

Schenck-Gustafsson (2003) menar att kvinnors hjärtinfarkt sannolikt kan bero på kärlspasm p g a att deras mindre coronarkärl är mindre än mäns. Detta är dock ett outrett område som kräver vidare forskning.

Riskfaktorer

De fyra viktigaste riskfaktorerna för hjärtinfarkt är enligt Persson (2003) blodfetterubbnig, rökning, hypertoni och diabetes mellitus. Man kan se tydliga samband med fysisk inaktivitet samt stress med negativ psykosocial påverkan. Utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom kan se olika ut oavsett påverkan av riskfaktorer, individuella olikheter kan givetvis förekomma. Andra riskfaktorer som nämns är ålder, ärftlighet och manligt kön.

Klassiska symtom

Ericson och Ericson (2002) beskriver de klassiska symtomen med plötslig smärta som startar bakom bröstbenet. Smärtan kan stråla ut i vänster arm eller ut i båda armarna. Smärta upp mot hals och rygg kan också förekomma. I vissa fall är smärtan så kraftig att den beskrivs som en skärande känsla i bröstet. Andra symtom som kan förekomma är kallsvettning, ångest, illamående eller andfåddhet. Eventuellt kan vissa varningstecken ha visat sig veckorna innan infarkten med liknande symtom som beskrivs ovan men med vagare karaktär.

Atypiska symtom

Smärtupplevelsen för kvinnor och män kan skilja sig. Symtomen kan då misstolkas och ignoreras. Kvinnor upplever mer ofta symtom som ryggont, åtstramning vid käkarna samt andnöd (Ericson & Ericson, 2002).

I Håkansson-Rönholm och Nilssons (2004) C-uppsats beskrivs olikheterna i symtombilden hos kvinnor och män. Ett vanligt symtom hos kvinnor som är återkommande är fatigue. Med detta menas en uttalad känsla av trötthet och orkeslöshet. Vad gäller smärtpåverkan i bröstet, beskriver kvinnor oftare en känsla av obehag och tyngdkänsla.

Méthot et al (2004) menar att atypiska symtom är svårdefinierade och kan omfatta flera symtom som t ex högersidig bröstsmärta, matsmältningsliknande besvär, plötslig fatigue, ryggsmärta, illamående och kräkning. Kvinnor beskriver generellt sätt ingen bröstsmärta som symtom när de drabbas av en hjärtinfarkt och de förknippar inte symtomen till att vara hjärtrelaterade. Det är mindre troligt att de ser sig själv tillhöra riskgruppen för att utveckla en hjärtsjukdom, än mindre att de skulle avlida som följd av en hjärtinfarkt.

Behandling och omvårdnad

Det primära målet för god behandling och omvårdnad i det akuta skedet är att minimera utbredningen av infarkten och förhindra komplikationer. Vävnadsskada i hjärtmuskulaturen uppkommer redan vid symtomstart, därför är det viktigt att behandling sätts in snarast. Bäst prognos för hjärtmuskulaturens överlevnad är om behandlingen startar inom 30 minuter (Haugland et al, 2002).

Denna behandling består av syretillförsel och smärtlindring. Vid eventuella rubbningar i cirkulationen måste behandling påbörjas omedelbart. Utöver detta ges kärlvidgande läkemedel. Om patienten uppvisar oro och ångest är det viktigt att sjuksköterskan är lugn och trygg i sin roll samt i kontakten med patienten. I denna akuta situation kan patienten inte alltid förstå vikten av vila och minskad fysisk aktivitet. Detta kan uppstå i situationer då patienten inte upplever någon uttalad smärta. Det kan leda till att sjuksköterskan får gå in och fatta beslut åt patienten, dock med hänsyn till patienten och dennes anhöriga (Haugland et al, 2002).

Kvinnor kan ha en hjärtinfarkt som inte diagnostiseras eller behandlas. Tänkbara orsaker kan vara att kvinnorna själva inte identifierar symtombilden till hjärtat och därför uppsöker de inte sjukvård. Symtomen som de upplever har inte varit den "vanliga" smärtupplevelsen i bröstet eller också har symtomen varit så vaga att de relateras till andra tänkbara orsaker istället. Historiskt sett har bröstsmärta förknippats med mannens symtombild vid hjärtinfarkt och har inte varit av betydelse vid diagnostik vid kvinnans hjärtinfarkt. Kvinnors bröstsmärtor har oftast förklarats med att de är oroliga, stressade och lever ett hektiskt liv. Kvinnor som inte har de typiska bröstsmärtorna behandlas inte lika adekvat vilket leder till ökad dödlighet. Det är av största vikt att sjukvårdspersonalen känner till dessa olikheter i symtombilden för rätt behandling (Efre, 2004).

Som tidigare nämnts är det viktigt med omedelbar vård och behandling. I studier har man uppmärksammat olikheter mellan män och kvinnors behandlingsstart. I Efres (2004) artikel har man kommit fram till att medeltiden för behandlingsstart hos män är 30 minuter och hos kvinnor är den 42 minuter. Andra skillnader som beskrivs i artikeln är att kvinnor anländer till sjukhuset senare än män, de behandlas mer sällan med acetylsalicylsyra eller andra läkemedel i förebyggande syfte.

Sjuksköterskan har en betydelsefull roll som informatör. Med empowerment kan sjuksköterskan hjälpa kvinnor att börja lyssna på sin kropp och känna igen symtomen. Kvinnor ska uppmuntras att ta sig tid för läkarbesök även om de känner att tiden inte räcker till. Det är viktigt att kvinnor förstår att även de löper risk att drabbas av hjärtinfarkt och att det inte enbart är en manssjukdom (Efre, 2004).

Smärta

Smärta är ett högst komplicerat fenomen med en rad omkringliggande faktorer som kan påverka. Smärtupplevelsen är subjektiv och därmed väldigt svår att upplevas och förstås av andra. Det ställs stora krav på den som upplever smärta att kunna förmedla denna känsla för att få adekvat smärtbehandling. En svårighet med detta är att smärtan ofta är mer uttalad än vad ord kan beskriva. Trots god förmedling till en annan person är man ändå ensam i sin situation vilket kan vara väldigt svårt att uthärda. Det är därför av stor vikt att vara lyhörd och ta situationen på stort allvar vilket annars kan leda till en känsla av övergivenhet, ensamhet och brist på trovärdighet. Känslan av att inte bli trodd kan många gånger vara värre än smärtan själv. Smärtupplevelser kan hindra individer från att söka vård då de fruktar allvarliga diagnoser. Man väljer att leva med smärtan och ovissheten istället. För en del kan en känsla av kontrollförlust också påverka hur mycket man berättar om sin smärta medan andra uttrycker sig med hela sin kropp (Almås et al, 2002). Kvinnor har som regel lägre smärttolerans än män ur fysiologisk synpunkt men vid hjärtinfarkt tycks det inte stämma. Detta kan påverka den kliniska observationen och det har visat sig att kvinnor behandlas mer sällan med smärtstillande än män vid hjärtinfarkt (Schenck-Gustafsson, 2003).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Sjuksköterskans arbete styrs av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som innebär att tillgodose god vård och omsorg samt förebyggande åtgärder som främjar hälsan. Lagar och författningar måste följas och tillämpas i sjuksköterskans yrkesutövande. Sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad och beskrivs i SOSFS 1995:5. Omvårdnad beskrivs dels som allmän, dels specifik. Specifik omvårdnad kräver djupare kunskap i så väl normala funktioner som aktuella sjukdomstillstånd och behandling. Patienten skall ses ur ett helhetsperspektiv och ges möjlighet att påverka och samverka i vården/omvårdnaden som berör sig själv och i vissa fall närstående.

Omvårdnaden skall dokumenteras, uppföljas och utvärderas. Sjuksköterskan ska hålla sig á jour med nya rön från utvecklingsarbeten och forskning. Det egna arbetet ska kritiskt granskas och utvärderas. Ny kunskap ska förmedlas och delges till medarbetare och berörd personal.

Sjuksköterskans område omfattas av barn, ungdomar, vuxna samt äldre i deras kontakt med primär- och/eller somatisk vård (SOSFS 1993:17).

Observationskompetens

I flera historiska texter där omvårdnad beskrivs betonas vikten av observation. I det kliniska arbetet är observation en viktig kunskapskälla. Det grundläggande för sjuksköterskan är att vara lyhörd och uppmärksam på patientens status och eventuella förändringar av sjukdomstillståndet. God kunskap i omvårdnad parallellt med patofysiologi är en förutsättning för sjuksköterskans observationer. Lika viktigt som objektiva tecken på förändring måste man vara uppmärksam på patientens egen känsla av sjukdomstillståndet. Dessa förändringar kan te sig olika, från starka synliga tecken till vaga svårtolkade förändringar. En empatisk förnimmelse och en intuitiv känsla är många gånger till stor hjälp vid svårtolkade symtom. Dessa egenskaper stärker de basala fackkunskaper som sjuksköterskan besitter. Att ta vara på tidigare erfarenheter samt observationer ger sjuksköterskan bättre förutsättningar att kunna tolka nya eller liknande situationer. Sjuksköterskan bör alltid ha i åtanke att under observation och genom sitt handlande påverkas patienten. I alla situationer förmedlar man känslor, stämning och uttryck omedvetet som kan påverka patienten på olika sätt (Nortvedt, 2002).

Patientens känslor och nya tankar vid sjukdom

Som frisk tar människan vanligen sin vardag och hälsa för given. Livet flyter på utan reflektion över den påfrestning kroppen faktiskt utsätts för. Många gånger saknas insikt över beroendet av en frisk, fungerande kropp. Först vid insjuknande eller förlust av någon funktion gör sig sårbarheten påmind. Vid plötslig sjukdom förändras livet drastiskt och saker som tidigare varit relevanta mister sin betydelse. Vid sjukdom blir den drabbade hela tiden påmind om sin situation t ex i form av obehag och smärta. Fokus är på den egna kroppen. Tillvaron blir ofta ett stort nu och nya tankar och känslor kan vara svåra att förstå och bearbeta. Vissa patienter kan uppfattas som självupptagna då all fokus koncentreras på att åter uppnå hälsa. Känslor som osäkerhet, ensamhet och otrygghet p g a den nya livssituationen är vanliga. Patienten kan känna sig maktlös och utom kontroll att påverka vad som händer och sker All ny information som patienten får kan vara svår att förstå och ta in. En del kan ha koncentrationssvårigheter på grund av omständigheterna och en del kan bete sig ouppmärksam (Fagermoen, 2002).

En vanlig känsla hos patienter som är ineliggande är att de känner sig utlämnade och utan möjlighet att själv fatta beslut (Fagermoen, 2002).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka forskningsfältet med mål att belysa kvinnors upplevelser, tankar och känslor vid hjärtinfarkt med atypiska symtom. Vi vill även undersöka vad som finns skrivet om eventuella konsekvenser vad gäller omvårdnaden på g a de atypiska symtomen.

Frågeställningar

- ? Hur upplever/känner kvinnor dessa atypiska symtom i det akuta skedet? Förstår de att det är en hjärtinfarkt, eller relateras dessa symtom till någon annan sjukdom?
- ? Påverkar de atypiska symtomen kvinnors vårdsökande och hur upplever de omvårdnaden/vården vid första mötet med sjukvården?

Den patientgrupp vi i första hand fokuserar i denna studie är kvinnor som är äldre än 45 år.

METOD

För att få svar på våra frågor har vi valt att göra en litteraturstudie. Vad gäller våra frågeställningar planerar vi att använda oss av studier som har en kvalitativ forskningsansats. Vi anser att detta val är rimligt då vi menar att upplevelse och känsla är starkt kopplade till våra frågeställningar.

Inklusionskriterier

Innan vi påbörjade sökningen diskuterade vi gemensamt vilka krav och kriterier som skulle ställas på artiklarna. Som krav hade vi att det endast skulle vara kvinnor som helst var äldre än 45 år och hade fått diagnosen hjärtinfarkt. Kvinnorna skulle ha fått sin hjärtinfarkt utanför sjukhusmiljön och symtombilden till hjärtinfarkten skulle vara atypisk. Artiklarna skulle inte vara publicerade tidigare än 1985 och vara kvalitativa.

Litteratursökning

Vi har sökt efter vetenskapliga artiklar på två databaser, PubMed och ELIN. Det visade sig att båda databaserna hade ett begränsat antal kvalitativa studier, vilket resulterade i ett mindre antal träffar. Vårt mål har varit att hitta minst 10 kvalitativa artiklar och trots det begränsade antalet träffar anser vi att vi är nöjda med de artiklar som valts till litteraturstudien. Två av artiklarna fick vi beställa via skolans bibliotek medan resterande kunde skrivas ut i full text. Sex av artiklarna hämtades från PubMed och fem från ELIN.

De sökord vi har använt oss av är: myocardial infarction, women/female, women, female, qualitative, qualitative research, nursing, emotions, feelings, experience, interviews, acute, McSweeney och LaCharity. Sökorden McSweeney och LaCharity är namn på två författare. I artikelsökningen hittades artiklar av dessa författare som inte kunde skrivas ut i fulltext. Dessa sökord användes därefter i andra databaser där de hittades och kunde skrivas ut.

Tabell 1. Redovisning av litteratursökning. De sökord som är inom citations-tecken är Mesh-termer. Redovisningen omfattar endast de artiklar som användes i studien.

Sökmotor	Sökord	Träffar	Begränsningar	Antal lästa abstract	Antal använda artiklar
PubMed	myocardial infarction AND interviews AND experience	47		11	1
	"qualitative research" AND "myocardial infarction" AND "women"	6		2	1
	"nursing" AND "myocardial infarction" AND "women" AND "emotions"	6 (related article)	english female, humans, published in the last 10 years		1
	"myocardial infarction" AND "women/female" AND McSweeney	5		3	1
	"qualitative research" AND "female" AND "myocardial infarction"	17 (related article)		8	1
	"myocardial infarction" AND qualitative research	26		1	1
ELIN	myocardial infarction AND women AND feelings	10	all fields, 1985-2006	3	1
	myocardial infarction AND women AND interviews AND acute	11	all fields, 1985-2006	2	1
	LaCharity	1	author, 1999-2006	1	1
	myocardial infarction AND women AND qualitative	17	all fields, 1990-2006	2	2
Summa		146		33	11

Kritisk granskning

De artiklar vi upplevde som intressanta och relevanta för våra frågeställningar, granskade vi utifrån Willman och Stoltz (2002) granskningsprotokoll. Detta protokoll är utformat specifikt för bedömning av studier med kvalitativ metod. Efter noggrann granskning valde vi att använda oss av 11 artiklar som ansågs av värde för studien. Granskningsprotokollet är till viss del modifierat av författarna genom att en del termer är omformulerade för att lättare beskriva relevanta delar i artiklarna. Vi har även lagt till en frågekolumn som förtydligar begränsningar, om det går att tillämpas i praktiken och vidare forskning som vi saknade i granskningsprotokollet då dessa ansågs vara av värde för bedömning av kvalitativa studier. I bilaga 1 presenteras artiklarna efter detta granskningsprotokoll med bland annat författarnas metodförfarande. Artiklarna som valts anses ha högt värde då de kriterier som förväntas ingå beskrivs väl. 10 av de 11 artiklarna bedöms som bra och en som medelbra.

Dataanalys

Artiklarna lästes noggrant av båda författarna och resultaten i studierna sammanställdes skriftligt i ett separat dokument. Vidare använde vi oss av Polits och Becks (2006) analysmetod för bearbetning av material med kvalitativ forskningsansats. Vårt råmaterial hade vi som grund för bearbetning och analysering. Vi läste materialet noggrant och gemensamt för att bli familjära med texten. Återkommande och avvikande strukturer samt samband lyftes fram och markerades till nyckelord. Vidare skapades kategorier utifrån våra frågeställningar och fynd.

RESULTAT

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka forskningsfältet med mål att belysa kvinnors upplevelser, tankar och känslor vid hjärtinfarkt med atypiska symtom. Vi presenterar resultatet av vår litteraturstudie i 10 kategorier som kan relateras till våra frågeställningar. De sju första kategorierna är koncentrerade till vår första frågeställning och de övriga till vår andra frågeställning.

Föreställningar om hjärtinfarkt

Svedlund et al (2001) beskriver att de 10 intervjuade kvinnorna i studien inte upplever och tolkar sina symtom som en hjärtinfarkt. Deras föreställning om hur symtomen ska yttra sig är att en outhärdlig smärta i bröstet ska infinna sig. Andra symtom är enbart förvirrande och tolkas inte som en hjärtinfarkt. Samma föreställning hade kvinnorna i Dempseys et al (1995) studie där 16 kvinnor blev intervjuade. De upplevde inte någon bröstsmärta och tog inte sina symtom på större allvar då de förväntade sig att symtombilden för en hjärtinfarkt innebar en intensiv smärta i bröstet eller medvetlöshet.

"...I thought if you had a heart attack it would just take you..."

"...I thought it (pain) was too high to be a heart attack..." (a a, s 449)

I McInnes (2006) studie deltog 10 kvinnor. De relaterade inte symtomen till en hjärtinfarkt om de inte kände till dem eller hade hört talas om dem tidigare. Symtom som de hade hört någon annan ha eller det klassiska symtomet med smärta koncentrerad till bröstet var det enda som kopplades till hjärtinfarkt.

"...Because both my parents had pains in their arms, I associated heart attacks with pains in the arms. Because I didn't have pain in my arms, I didn't think at any time that I was having a heart attack..." (McInnes, 2006)

Vidare diskuterar Holliday et al (2000) i sin studie, där 16 kvinnor intervjuades, olika uppfattningar om symtombilden som svimning eller en slags smärta, men den mest återkommande är smärtan med fokus på hjärtat.

"...I didn't believe that that's what a heart attack is like – a pain or something or other and you either dropped to the floor or you passed out..." (a a, s 311)

I Rosenfeld et al (2005) studie intervjuades 52 kvinnor. Vidare beskriver en grupp kvinnor att de inte relaterade sina symtom till hjärtinfarkt. De upplevde en ovanlig och stark smärta men detta hjälpte dem inte till att förstå vad som pågick. Till exempel upplevde en kvinna en skarp, stram smärta i käken, örat och i nacken. Hon sa:

"...To me they did not typify a heart attack..." (a a, s 291)

Tidigare erfarenhet

Tidigare erfarenheter av symtom, sjukdom och smärta kunde påverka hur kvinnorna tolkade och agerade när symtom uppkom. En kvinna som upplevde muskelsmärta berättade:

"...My father had died of a heart attack he dropped dead. And my mother did the same thing. She was here with me.

Interviewer: Did you think your chest pain was the same as your mothers?

Eileen: Well my mother, I'd never known her have a pain here (rubbing top of left arm), she always used to get it in her throat.

Interviewer: Did you never get pain there (pointing to neck and jaw)?

Eileen: I did sometimes if I was out walking. My gums were aching..." (Lockyer, 2005, s 32)

I Dempseys et al (1995) studie beskrivs hur kvinnors tidigare erfarenheter av symtom, påverkar deras tankar, känslor och handling när de upplever symtom för en hjärtinfarkt. Har man erfarenhet av andra krämpor så har man ofta en strategi att ta hand om dessa vilka även kan vara till hjälp vid uppkomst av nya symtom.

"...I just started feeling sick in my stomach...I thought I had eaten something bad...I was throwing up in the yard. I didn't have the pains in the chest, in the arms...just a bad stomach ache..." (LaCharity, 1999, s 776)

"...I just fought it...my mind was wondering what's wrong, but I never called the doctor to tell him I was having these problems because I guess I associated it with the high blood pressure or whatever, even though I did feel different from the high blood pressure. And I didn't think anything more about it..." (Schoenberg et al, 2003, s 275)

I Sutherland och Jensens (2000) studie där 11 kvinnor deltog, blev de i ett tidigt skede medvetna om en plötslig och oväntad förändring. De försökte att självdiagnostisera sina symtom eller identifiera vad som orsakat förändringen, oavsett tidigare erfarenheter. De försökte stå ut med/reda ut sina symtom allteftersom symtomen fortskred.

Förnekelse

Kvinnorna hade svårt att ta symtomen till sig och distanserade sig från vad som hände med dem. Det blev en process där man väntade och såg om symtomen försvann. De hade svårt att inse att något var på gång men känslan av att någonting var fel fanns där (Svedlund et al, 2001). I Lockyers (2005) studie intervjuades 29 kvinnor. Flera av kvinnorna beskrev symptom som trånghet i bröstet, domningar, tyngdkänsla eller kittlande i käke och armar. De flesta ignorerade symtomen och hittade på andra tänkbara orsaker som t ex stigande ålder.

Den mest vanliga responsen i akuta skedet var förnekelse. Kvinnorna förnekade inte att symtomen fanns, utan nonchalerade dem eller beskrev dem som mindre oroväckande. Kvinnorna kunde beskriva symtomen som banala, ingenting att oroa sig för eller inte allvarliga (Dempsey et al, 1995).

I McSweeneys et al (2005) studie var kvinnorna medvetna om symtomen men de förnekade dem och upplevde dem inte som allvarliga. 40 kvinnor medverkade i studien.

"...I wasn't that sick..."

"...Getting old..."

"...Because I was too thin..."

"...I guess maybe I was in a little bit of denial myself because who wants to believe they have a heart problem..." (a a, s 51)

Många av kvinnorna i Rosenfelds et al (2005) studie relaterade inte sina upplevelser till hjärtproblematik. Ett typiskt svar var att de aldrig tänkte tanken att det kunde vara en hjärtinfarkt. En kvinna i studien rådfrågade en familjemedlem som arbetade inom sjukvården om sina symtom och fick som svar att det eventuellt kunde vara uppstötningar eller något med hjärtat. Kvinnan valde att tro på uppstötningar.

Kontroll

En känsla som kvinnorna beskrev i Svedlunds et al (2001) studie var rädslan att förlora kontrollen. För att inte förlora kontrollen försökte de fortsätta som vanligt och bagatellisera situationen. I Rosenfelds et al (2005) studie var det viktigt för kvinnorna att fatta sina egna beslut och på så vis behålla kontrollen. En kvinnas dotter ville att hon skulle åka in till sjukhuset för undersökning. Kvinnan svarade:

"...No, I don't want to go to the hospital...I guess I want to do everything myself..." (a a, s 290)

Sutherland och Jensen (2000) beskriver att flera av kvinnorna kämpade med att behålla kontrollen över sina kroppar. När symtombilden ändrades blev de frustrerade över sin oförmåga att kontrollera förändringarna.

"...I couldn't sleep. I felt I had trouble breathing and I thought I'd better get up. This was about 5 o'clock in the morning. I decided I would have a warm bath and it will make me feel better. And that's what I did. It didn't help but I felt better. I was walking around and I couldn't understand what was wrong with me. I was anoid at myself more than anything else..." (a a, s 667)

För kvinnorna i Hollidays et al (2000) studie var kontroll inte viktigt och betydelsefullt.

Riskzon

I McInnes (2006) och Hollidays et al (2000) studier ansåg sig kvinnorna inte vara i riskzonen för en hjärtinfarkt trots att somliga av dem hade riskfaktorer för att

drabbas. Flera av kvinnorna ansåg sig leva ett hälsosamt liv och därmed hade de svårare att ta till sig symtomen som yttrade sig.

Även i LaCharity's (1999) studie såg de 11 intervjuade kvinnorna sig inte vara i riskzonen och detta på grund av sitt kön och att de är premenopausala.

"...I knew I was at risk because I smoked cigarettes and had a really stressful job. And the family history...I knew I was a prime candidate...and my brothers, even more so. But I thought I was safe until I was in my middle 50s. I thought I had nothing to worry about...I felt that my estrogen would protect me until after menopause..." (LaCharity, 1999, s 776)

Denna kvinna hade goda kunskaper om kända riskfaktorer men kände sig ändå skyddad från att få en hjärtinfarkt på grund av sin ålder och sin östrogenproduktion.

"...What's really funny is that when my father died...the cardiologist told my brothers that they needed to start being checked once a year after the age of 30. But he told me and my sister, 'You girls don't have to worry about it'. My brothers all had stress tests and cholesterol checks, and they're all OK. I had a heart attack, and my little sister had her cholesterol checked and hers is worse than mine ever was..." (LaCharity, 1999, s 776)

Informationen som denna kvinna fick av läkaren ledde till att hon inte oroade sig för att drabbas. Även i Schoenbergs et al (2003) studie där 40 kvinnor deltog, uppfattade de flesta kvinnor hjärtinfarkt vara en manssjukdom.

Egenvård

I studierna av McInnes (2006), Holliday et al (2000) och Lockyer (2005) beskrev kvinnorna att de i det akuta skedet självmedicerade med bland annat smärtstillande, syrahämmande, kolsyrad dryck och te. Detta gjorde de för att behandla sina symtom. Vidare i McInnes (2006) studie berättade kvinnorna om egenvårdsåtgärder som att lägga sig ner och vila och dricka kallt vatten.

Schoenberg et al (2003) tar i sin studie upp strategier som att vila, be, ändra på sina vanliga aktiviteter eller äta något man tror kan lindra.

Involvera andra

I McInnes (2006), Holliday et al (2000) och McSweeneys et al (2005) studie involverade de flesta kvinnor någon nära anhörig eller vän för råd och stöd. Kvinnorna i McSweeneys et al (2005) studie ville även förhöra sig med andra om de upplevt liknande symtom samt få bekräftelse att det är okej att söka hjälp.

Schoenberg et al (2003) och Lockyer (2005) menar i sin studie att flera av kvinnorna inte ville störa sin doktor med diffusa symtom som de själva var osäkra på. Andra kände en stolthet och ville därför inte störa sin doktor.

"...I don't want you to think I'm always calling on the doctor, cause I don't call on them that much..." (Lockyer, 2005, s 32)

I Sutherlands och Jensens (2000) studie sökte kvinnorna råd och stöd från anhöriga först när de inte kunde härleda symtomen till någon orsak. Detta för att skona eller skydda sina anhöriga från oro.

Avgörande faktorer för vårdsökande

Avgörande om man sökte hjälp eller inte var hur pass tydlig symtombilden var. De som beskrev ovanliga symtom, speciellt om de kom plötsligt sökte hjälp tidigt (McInnes, 2006). Även i McSweeneys och Cranes (2000) studie där 40 kvinnor blev intervjuade, kunde upplevelsen av ovanliga symtom påskynda vårdsökandet.

"...My throat felt like it was on fire – like somebody put a flame torch to it..."
(a a, s 142)

Rosenfeld et al (2005) menar att kvinnorna sökte vård sent p g a att symtomen var svårtolkade och upplevdes inte som de trodde att en hjärtinfarkt skulle kännas. Även Holliday et al (2000) menar att det som påverkade kvinnorna till att söka vård var tron/uppfattningen om hjärtinfarkt och tolkningen av symtombilden. Sju av sexton kvinnor kontaktade sin privata läkare för bedömning istället för att söka akut. Detta agerande ledde till försenad diagnos. Även kvinnorna i McSweeneys et al (2005) studie ringde oftast till sin privata läkare och bokade tid. Detta för att de var osäkra på symtomen och hur de skulle gå tillväga.

Däremot säger kvinnorna i Schoenbergs et al (2003) studie att de kände motstånd till att besöka läkare då de var rädda för att bli ifrågasatta och stämplade som hypokondriska.

Ytterligare en faktor som påverkade kvinnornas vårdsökande var att de inte ville störa och ta tid från sin läkare med diffusa symtom som de själva var osäkra över (Schoenberg et al, 2003). Andra avvaktade trots känslan av att något var fel p g a att de inte ville störa eller vara till besvär. Upplevde de symtomen nattetid eller under helgen väntade de till morgonen därpå eller när helgen var slut. Flera kvinnor berättade om sin oro att ringa 911 (motsvarigheten till vårt svenska 112 telenummer, förf anm) och vårdpersonalens bemötande. Dessa känslor bidrog till försenat vårdsökande (Rosenfeld et al, 2005).

"...You feel half afraid...there's nothing wrong and you're going to feel like a fool..."

"...Wasting their (hospital staff's) time..."

"...I just thought it was serious indigestion, and they were going to laugh at me by the time I got to the doctor's office..." (a a, s 290)

En annan faktor som påverkade vårdsökandet kunde vara när kvinnorna involverade andra. Om de berättade om sina symtom för andra och sa att de inte upplevde dem som allvarliga, kom förmodligen den personen inte heller att se situationen som allvarlig. Detta var en bidragande faktor till försenat vårdsökande då den som involverades inte föreslog att de skulle söka vård (Holliday et al, 2000). I McSweeneys et al (2005) studie ledde involvering av andra däremot alltid till vårdsökande. Familj och vänner rekommenderade alltid kvinnorna till att söka vård. Även i Lockyers (2005) studie ledde involvering av andra till vårdsökande.

Då kvinnorna ofta relaterade sina symtom till andra orsaker som t ex spänningsvärk i musklerna, förkylnings- och influensaliknande symtom, arbetsstress eller tandvärk bidrog detta till försenat vårdsökande (LaCharity, 1999).

Både McSweeney et al (2005) och Schoenberg et al (2003) menar att ekonomi, sjukförsäkring eller den drabbades livssituation såsom förpliktelser mot familjen, arbete och sociala ansvarsområde är bidragande faktorer till att vårdökandet försenas.

Sjukvårdskontakt – att inte bli tagen på allvar

I McSweeneys et al (2005) studie upplevde många kvinnor att de inte togs på allvar när de var i kontakt med sjukvården. Sjukvårdspersonalen kunde t ex säga att de inte hade något att oroa sig över. Vidare i samma studie berättade en kvinna med ärftlighet av hjärtsjukdom om hennes möte med sjukvården:

"...I talked to the nurse practitioner and told her about my mother's history of heart disease and she just looked at me real funny, and I said 'You think this is all in my head, don't you?' She said, 'I'm not saying it's all in your head, but your mind can make your body do things'..." (a a, s 52)

Även i LaCharity's (1999) studie beskrev flera av kvinnorna svårigheter i mötet med vårdpersonalen.

"...They kept asking him (participant's husband), 'Is she pregnant?' And someone behind the desk was saying out loud, 'Well she don't look like she's having a coronary'. And it hurt so bad, and I was wondering, well how am I supposed to act? I was begging the doctor to give me something 'cause it hurt and all he says is he has to wait for the pregnancy test. And I knew I wasn't pregnant cause my husband's been fixed (had a vasectomy)..." (LaCharity, 1999, s 777)

Brist på information och respekt i vissa situationer kunde leda till irritation och andra känslor. En äldre kvinna beskrev sin upplevelse av omhändertagandet under diagnosutredningen så här:

"...I don't remember at all. They tell me that I was never unconscious but I don't know. I remember the doctor saw these X rays. He said, "No, it's not a heart attack." Cardiogram is normal. I remember the arterial blood gases. Fine, too. They took an X ray of my chest and found fluid. I had had a heart attack but they didn't know when...I remember one of the interns or whoever he was-I had on my favourite pair of pantyhose and instead of taking them off, he went and cut them right here, and I was on the verge of saying, "What in the hell are you doing to my stockings?" But I held back so I did know a few things..." (Sutherland & Jensen, 2000, s 668)

Diagnos

McSweeney et al (2005) tar i sin studie upp kvinnornas erfarenheter vid diagnos. Diagnoserna varierade alltifrån depression till matsmältningsbesvär. En kvinna berättade att hon kände en inre oro och att något inte stod rätt till. När hon sa oro tänkte läkaren att det var hennes nerver. Kvinnan visste att det inte var fel på hennes nerver. Läkaren skrev ändå ut lugnande medicin åt henne. De som uttryckte mest ilska var de som inte blivit tagna på allvar, de som fått diagnosen oro eller depression.

I Rosenfelds et al (2005) och Schoenbergs et al (2003) studier relaterade läkarna ofta kvinnornas symtom till dåliga matvanor som ledde till magbesvär. I andra fall kunde det även leda till att ingen diagnos sattes.

I Sutherlands och Jensens (2000) studie gick tre av fyra kvinnor till sin privata läkare men fick ingen diagnos. De ombads att återkomma om besvären förvärrades.

Kvinnorna upplevde en lättnad när de fått sin diagnos men blev samtidigt upprörda att det tagit så lång tid (McSweeney et al, 2005).

"...Now I know what is wrong with me. It (symptoms) wasn't in my head..." (a a, s 54)

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i en metoddiskussion och en resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Vi valde att göra en litteraturstudie för att få svar på våra frågeställningar. Eftersom kvinnors upplevelser och känslor är i fokus kändes det naturligt att använda kvalitativa vetenskapliga artiklar.

Författarnas tillvägagångssätt i artiklarna var av stor betydelse för att ge oss ett bra resultat. Ostrukturerade eller semistrukturerade djupintervjuer gjordes med kvinnor som hade personliga erfarenheter av hjärtinfarkt. Dessa kvinnor intervjuades i ett tidigt skede efter infarkten, antingen under sjukhusvistelsen, i deras hem, eller på neutral mark. Att intervjuerna genomfördes i ett tidigt skede efter infarkten ser vi som positivt då upplevelsen av händelsen kan vara lättare att minnas och tala om. Alla artiklarna innehöll flera citat vilket stärker trovärdigheten av upplevelserna.

Inklusionskriterier

Vi hade som krav att studierna endast skulle belysa kvinnors upplevelser och att kvinnorna helst skulle vara äldre än 45 år. I de artiklar vi använt oss av är det endast kvinnor som deltar. Angående åldern uppfyller fem av artiklarna vårt mål, fem berör även yngre kvinnor men medelåldern är över 45 år. Endast en artikel studerar yngre kvinnor (31-47 år) men vi ansåg att resultatet var av värde och intresse för vårt arbete. Dessa kvinnor har alla fått diagnosen hjärtinfarkt och insjuknade utanför sjukhusmiljö. Att infarkten skulle ske utanför sjukhusmiljön var av betydelse för oss eftersom kvinnornas subjektiva upplevelse och handlande i det akuta skedet skulle belysas utan hjälp och stöd av vårdpersonal.

Artiklarna beskriver både typiska och atypiska symtom vid hjärtinfarkt. Vår fokus har endast legat på de kvinnor med atypiska symtom då detta var vårt viktigaste kriterium. Kvinnornas upplevelse av symtomen har noga studerats av oss.

Vår tanke från början var att artiklarna inte skulle vara publicerade tidigare än 1985. När vi var klara med vår granskning och valt vilka artiklar vi skulle använda, upptäckte vi att ingen var publicerad tidigare än 1995 vilket vi upplevde som positivt. En annan upptäckt som vi inte reflekterat över tidigare var artiklarnas utbredning över världen. Sex av artiklarna kommer från USA, två från England och en från Australien, Kanada och Sverige. Litteraturstudien omfattas av flera

författare. Endast en författare återkommer i två artiklar. Detta menar vi är en styrka för vårt arbete då författarnas lik- och olikheter i värderingar och metodförfarande är av intresse och blir tydligt.

Litteratursökning

Vi valde att söka efter artiklar i PubMed och ELIN eftersom vi är mest bekanta med dessa databaser. På grund av begränsad tid ansåg vi därför inte det nödvändigt att lära oss söka på någon annan databas. Eftersom vi enbart ville ha kvalitativa studier blev vårt sökningsresultat begränsat. Detta ser vi som både positivt och negativt. Det positiva är att vi fick en bättre överblick på sökningen samt att den avgränsar resultatet. Det negativa är att valmöjligheterna minskar. De sökord som vi använt oss av visade sig vara relevanta och gav oss bra träffar. Vi valde att försöka hitta material i artiklarna som svarade på båda frågeställningarna. Detta gjorde vi för att vi anser att frågeställningarna har med varandra att göra och för att öka möjligheten till bra bearbetningsmaterial.

Kritisk granskning

Vi utgick från Willmans och Stoltz (2002) granskningsprotokoll som är utformat specifikt för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod. Detta granskningsprotokoll gjorde det lätt och överskådligt för oss när artiklarna skulle värderas. Vi anser att alla artiklarna är av god kvalitet och uppfyller de kriterier som skall ingå i en kvalitativ vetenskaplig artikel. I en artikel saknar vi en tydligare presentation av sammanhanget i bakgrunden.

Dataanalys

Litteraturstudiens resultat kategoriserades utifrån Polits och Becks (2006) analysmetod för bearbetning av material med kvalitativ forskningsansats. Detta var en bra grund för bearbetning av resultatet och vi fick en struktur i vårt tillvägagångssätt. Ur vårt material fick vi fram 10 kategorier som svarade på våra frågeställningar. Vi önskar att vi hade fått en jämnare fördelning av kategorierna till våra frågeställningar. Konsekvensen av att vi valde artiklar med svar till båda frågeställningarna blev att vi hade svårare att påverka fördelningen. Under analysens gång har vi diskuterat likheter, olikheter, konsekvenser och samband med varandra. Vi ser det som en styrka att vara två när subjektiva upplevelser/känslor ska tolkas och då materialet som bearbetades var stort och tiden knapp.

Resultatdiskussion

Diskussionen följer i stort sätt samma struktur som vi använt i resultatdelen. Vi har emellertid försökt att gå vidare genom att problematisera resultaten under delvis nya rubriker.

Den komplexa symtombilden

Kvinnornas förförståelse om symtombilden av en hjärtinfarkt påverkar deras tolkning av de upplevda symtomen i det akuta skedet. Den vanligaste föreställningen om hjärtinfarkt är att en outhärdlig bröstsmärta ska infinna sig. Visade sig inte detta klassiska symptom, relaterade kvinnorna inte upplevelsen till hjärtat utan det blev enbart förvirrande för dem och symtomen togs inte på allvar. Även om smärta upplevdes, men inte på det ställe som förväntades, drogs heller ingen koppling till hjärtinfarkt. I Svedlunds et al (2001), Dempseys et al (1995) och Hollidays et al (2000) studier blir kvinnornas förförståelse ett hinder för att tolka symtomen till den allvarliga situationen. Att förstå och tolka symtomen rätt är avgörande för insikt och vidare agerande. Vi förstår dock svårigheten till att relatera de atypiska

symtomen kvinnorna upplever, då förförståelsen inte stämmer överens med situationen. Man kan diskutera hur denna föreställning uppkommer. När man talar om denna sjukdom i allmänhet är det de klassiska symtomen som nämns och uppmärksammas. Därför är det inte konstigt att dessa symtom förknippas med hjärtat. Även vissa av våra föreläsare menar att alla som får en hjärtinfarkt, kvinna som man, upplever samma symtom. Tolkningar och beskrivningar av symtombilden verkar gå isär trots nya forskningsrön från bland annat McSweeney et al (2005).

I McInnes (2006) studie säger kvinnorna att den kunskap de hade om hjärtinfarkt var avgörande för om de skulle förstå situationen. Den kunskap som de förvärvat genom andras upplevelse, antingen atypiska eller klassiska symtom, kunde de relatera det till hjärtinfarkt. Visade sig symtomen annorlunda gjordes inte denna koppling. Avgörande för att förstå händelsen kan vara kvinnornas förförståelse och kunskap om symtombilden. Som Méthot et al (2004) menar är de atypiska symtomen svårdefinierade och förknippas inte med hjärtproblematik. Genom andras erfarenheter får man delvis kunskap om hur symtomen kan yttra sig. Man måste dock förstå att detta inte är hela sanningen. Den subjektiva upplevelsen är alltid den egna och kan inte överföras till någon annan. Därmed kan det i det akuta skedet vara svårt och problematiskt att diagnostisera sina symtom när ens kunskaper är baserade på andras erfarenheter.

Även tidigare erfarenheter av andra sjukdomar eller smärtupplevelser kunde påverka hur kvinnorna tolkade och agerade när symtomen uppkom. Var symtombilden lik en upplevelse som de tidigare haft, relaterade de ofta det till den erfarenheten (LaCharity, 1999). I andra fall kunde kvinnorna associera symtomen till någon annan sjukdom de besvärats av. Symtombilden behöver inte vara densamma, men de förknippar ändå det till sina tidigare besvär (Schoenberg et al, 2003). Denna koppling till tidigare erfarenheter kan falla sig naturlig men även som en varningsklocka att där eventuellt är något nytt som håller på att hända. Tidigare erfarenheter av sjukdom gör det ofta lättare att skapa en strategi för hur kvinnorna tar hand om sina besvär. Denna strategi kan vara till hjälp vid uppkomst av nya symtom, anser Dempsey et al (1995). Vi anser att det även kan leda till en försämrad insikt av vad som egentligen håller på att hända. Vanligtvis associeras inte nytillkomna symtom till det värsta, för vem vill tro att de har drabbats av hjärtproblem? Vi tror att all tidigare erfarenhet spelar viss roll vid uppkomst av plötsliga symtom. Då situationen kan vara ny och främmande är det säkert lättare att relatera till tidigare händelser och kunskaper än att inte relatera till något alls.

Att kvinnorna inte anser sig vara i riskzonen för att drabbas av hjärtinfarkt verkar också vara en avgörande faktor för kvinnorna i det akuta skedet. Har de uppfattningen att de lever sunt eller om de inte har kunskap om riskfaktorerna verkar det svårt för kvinnorna att inse att där är en hjärtinfarkt på gång menar både McInnes (2006) och Holliday et al (2000) i sina studier. I LaCharitys (1999) studie ser sig kvinnorna inte vara i riskzonen på grund av sitt kön och sin ålder. Vi upplever att kvinnorna i denna studie delvis har försatt sig i en falsk trygghet. Visserligen är kvinnorna ofta äldre när de drabbas men det utesluter inte att även yngre kvinnor insjuknar. I Schoenbergs et al (2003) studie uppfattade de flesta kvinnorna att hjärtinfarkt var en manssjukdom och därmed ansåg de sig inte vara i riskzonen för att drabbas. Slutsatsen vi drar av detta är att hjärtinfarkt hos kvinnor inte uppmärksammas i samma grad som hos män och på så sätt drar det inte kvinnornas intresse till sig. Då män insjuknar i yngre ålder än kvinnor bidrar detta till att hjärtinfarkt förknippas med män och uppmärksammas därmed mer.

Kvinnor måste få mer kunskap om riskfaktorer, symtom samt insjuknande och ta dessa på allvar så att de blir medvetna om att även de kan befinna sig i riskzonen (se Méthot et al, 2004).

Rädsla för sjukdom

Genomgående i Svedlunds et al (2001), Lockyers (2005), Dempseys et al (1995) och McSweeneys et al (2005) studier är förnekelse en stor bidragande faktor till att kvinnorna distanserar sig från sina upplevelser. Trots att de har en känsla av att någonting är fel, kan de ändå inte ta symtomen till sig utan väljer att vänta och se om symtomen försvinner. De bagatelliserar och värjer sig från symtomen och försöker hitta tänkbara orsaker till deras upplevelse. Vi tror att en rädsla ligger till grund för kvinnornas förnekelse. Med denna rädsla menar vi generellt att drabbas av någon allvarlig sjukdom och inte enbart en hjärtinfarkt.

Att inte förlora kontrollen var av stor betydelse för kvinnorna i Svedlunds et al (2001), Rosenfelds et al (2005) och Sutherlands och Jensens (2000) studier. Där- emot i Hollidays et al (2000) studie, var bevarandet av kontroll inte av betydelse. Denna skillnad kan bero på olika livssituationer, personligheter eller graden av intensitet i symtombilden. Med livssituation menar vi familjeförhållande, ekonomiska faktorer och socialt nätverk. Vi ser även en koppling mellan förnekelse och kontroll då kontroll även kan vara ett sätt att distansera sig från situationen. Kvinnor tar ofta på sig en roll som innebär stort ansvar över sin egen och familjens känslomässiga samt praktiska situation. En rädsla för att förlora denna funktion samt att acceptera sjukdom kan vara orsak till känslor som förnekelse och bristande kontroll. Om kvinnor skulle ha lättare för att lämna över ansvar till någon annan, skulle de förmodligen även ha lättare för att sätta sig själv i främsta rummet och våga känna efter bättre när de vet att något inte står rätt till.

Kvinnornas strategier

Självmedicinering och egenvård var en återkommande åtgärd i McInnes (2006), Hollidays et al (2000) och Lockyers (2005) studier, som kvinnorna tog till när de kände av symtomen. Detta gjorde de för att lindra och försöka behandla sig själv i det akuta skedet. Dessa åtgärder anser vi vara typiska när symtombilden är vag och situationen inte tas på allvar. Hade symtombilden varit klassisk med stark smärtupplevelse hade dessa åtgärder varit av mindre betydelse och adekvat behandling hade kunnat påbörjas tidigare.

Involvering av anhöriga, vänner eller andra skiljer sig åt i studierna. De flesta kvinnorna i McInnes (2006), Hollidays et al (2000) och McSweeneys et al (2005) studier kontaktade någon nära anhörig eller vän för att be om råd och stöd. Vi tolkar det som att den främmande symtombilden måste bekräftas av andra då symtomen inte kan härledas till något annat eller då något liknande aldrig tidigare upplevts. I Sutherlands och Jensens (2000) studie väntade kvinnorna så länge de kunde med att involvera andra. De ville skydda sina anhöriga och inte oro dem i onödan. Att involvera andra i ett senare skede kan tyda på en vag symtombild, kvinnornas distansering av problemet eller eventuellt en rädsla över de involverades reaktion.

Då symtomen var diffusa och kvinnorna osäkra på sin upplevelse, valde flera kvinnor i Schoenbergs et al (2003) och Lockyers (2005) studier att inte kontakta sin doktor. Orsaken var att de inte ville störa sin läkare med diffusa symtom. De ville inte ta upp läkarens dyrbara tid då de själva inte kunde härleda symtomen till

något. Detta kan man tolka som att symtomen är svåra att beskriva och känslan av det man upplever är svår att förklara. Kvinnorna i dessa studier hade en hög medelålder och vi tror att det är en bidragande faktor till dessa känslor och agerande. Här kan vi inte låta bli att tänka annat än att detta är ett kvinnligt fenomen. Kvinnor verkar ha större svårighet med att ta för sig än män, vilket även kan ses i andra sammanhang som t ex politiken och näringslivet för att nämna några. Då de flesta av dessa kvinnor är äldre tror vi att det har med såväl familj- som samhällsstruktur att göra.

Sjukvårdskontakten

Symtombilden var av stor betydelse vid vårdsökande när kvinnorna i McInnes (2006) och McSweeneys och Cranes (2000) studier upplevde ovanliga/atypiska symtom med plötslig start. Den främmande situationen oroade kvinnorna och de önskade att komma under läkarvård snarast.

Upplevde kvinnorna symtom som var svårtolkade och inte relaterade det till hjärtinfarkt, ledde detta däremot till försenat vårdsökande menar Rosenfeld et al (2005) och Holliday et al (2000). Även Efre (2004) skriver i sin artikel att en svag symtombild fördröjer vårdsökandet. Atypiska symtom kan alltså både påskynda och försena vårdsökandet. I båda situationerna är symtomen avgörande, dock inte med tron att det är en hjärtinfarkt. Då kvinnorna i McSweeneys et al (2005) studie söker hos sin privata läkare istället för akut, bidrog detta till försenad diagnos och adekvat behandling. Den akuta behandlingen som är av stor vikt vid hjärtinfarkt, blir försenad trots kontakt med privat läkare. Detta på grund av eventuella telefonköer, tidsbeställning, helgstängt etc. I Schoenbergs et al (2003) studie är orsaken till att vårdsökandet försenas en helt annan. Kvinnorna är rädda att bli ifrågasatta och stämplade som hypokondriska och känner därmed motstånd till att besöka/kontakta läkare. Här är det inte endast symtombilden som avgör vårdsökandet utan även kvinnornas tankar och föreställningar om kontakten med vården. Det kan vara baserat på tidigare erfarenhet, något du hört från någon annan eller läst/hört via media. Hade då också symtomen varit mer övertygande hade eventuellt denna oro inte infunnit sig.

I McSweeneys et al (2005) och Schoenbergs et al (2003) studier diskuterades kvinnornas livssituation som en avgörande faktor till att vårdsökandet försenas. Det kunde vara känslor och förpliktelser mot familjen som vägde tyngre eller andra ansvarsområden. Dessa känslor och förpliktelser gjorde att man satte sig själv i andra hand och prioriterade inte sin egen hälsa. Vi anser detta vara en kvinnlig egenskap och eventuellt en rädsla att behöva lämna ifrån sig ansvar. Vidare kan ekonomi och sjukförsäkring bidra till försening då dessa faktorer kan vara avgörande för vård i en del länder.

Upplevelsen av symtomen och hur de förmedlar dem till andra kan påverka deras råd till fortsatt agerande. Beskriver kvinnorna symtomen, är lugna och visar ingen större oro, kan detta påverka den som involveras till att lugna kvinnorna ytterligare (Holliday et al, 2000). Kvinnornas distansering till symtomen påverkar således de involverade till att inte föreslå vårdsökande vilket leder till försening. I McSweeneys et al (2005) och Lockyers (2005) studier leder däremot alltid involvering av andra till vårdsökande. Kvinnorna som ber om råd och stöd blir alltid uppmuntrade till att söka vård. Skillnaden av detta tror vi beror mycket på hur kvinnorna förmedlar och upplever situationen. När symtomen relateras till andra orsaker som de tror att de kan självmedicinera, lindra eller bota, leder detta också

till att vårdsökandet försenas (LaCharity, 1999). Detta visar ytterligare hur förvirrande och komplex upplevelsen av atypiska symtom kan vara.

Interaktionen mellan sjukvårdspersonalen och kvinnorna kan vara problematisk, då symtombilden är atypisk. Kvinnorna kan ha svårt för att förklara vad de upplever och situationen kan kännas överklig och främmande. I McSweeneys et al (2005) studie beskrev flera kvinnor att de inte togs på allvar i mötet med sjukvårdspersonal. Lugnande ord som t ex att de inte har något att oroa sig för, kan upplevas frustrerande och som att de inte tas på allvar. Almås et al (2002) menar att det ställs stora krav på den som ska beskriva sina symtom/upplevelser och känslan av att inte bli trodd kan ofta kännas värre än smärtan. Tankar och känslor om hur man egentligen ska bete och förmedla sig kan uppstå och försvårar därmed dialogen mellan parterna.

En annan svårighet i mötet med vårdpersonal som några kvinnor i LaCharity (1999) studie beskriver är när personalen talar över huvudet på dem. Dialogen sker via någon närstående och symtombilden diskuteras med övrig personal. Detta kan leda till att kvinnorna inte känner sig delaktiga vilket bidrar till minskat förtroende för vårdpersonalen. Det är av stor vikt att vårdpersonalen förklarar och berättar vid omhändertagandet vad som görs. Enkla ingrepp som t ex provtagning och hjälp till avklädning kan väcka anstöt om det inte sker med respekt (Sutherland & Jensen, 2000). Det framkommer tydligt i dessa studier hur mycket det betyder att få information, vara delaktig och att bli hörd. Dessa faktorer kan vara avgörande om patienten känner förtroende och trygghet för personalen eller inte. Vid sjukdom ökar beroendet av andra vilket kan leda till ett utsatt läge och att behovet av bekräftelse ökar.

Att få en diagnos kändes viktigt för kvinnorna när de beskrev sina symtom. I flera studier gavs kvinnorna en felaktig diagnos som kunde vara alltifrån depression, matsmältningsbesvär till problem med nerverna (McSweeney et al, 2005, Rosenfeld et al, 2005 och Schoenberg et al, 2003). Vi upplever att det kan vara problematiskt på flera sätt i dessa situationer. Symtomen känns eventuellt inte igen av vare sig kvinnan eller läkaren vilket leder till att det bagatelliseras eller nonchaleras. Vi menar dock att det hade varit bättre om kvinnor stod på sig och vågade tro på sin intuition när symtombilden eventuellt är vag.

När kvinnorna har fått en diagnos känner de en oerhörd lättnad (McSweeney et al, 2005).

"...Now I know what is wrong with me. It (symptoms) wasn't in my head..." (a a, s 54).

Avslutande reflektioner

Vi är medvetna om att en del artiklar har använts mer än andra i resultatdelen. Detta beror på att resultatet i artiklarna varierade samt svarade mer eller mindre på våra frågeställningar. Trots att alla kategorier inte fått samma tyngd på grund av begränsat material anser vi ändå att alla kategorier är relevanta och intressanta för våra frågeställningar.

Eftersom alla artiklarna var kvalitativa har vi använt oss av flera citat som styrker kvinnornas känslor och upplevelser. Flera kategorier växte fram under bearbet-

ningens gång, samtidigt upptäckte vi att en del kategorier gick in i varandra. Vi tycker ändå att vi fick en bra och tydlig struktur med en röd tråd genom resultatet.

Vi hoppas att vårt arbete kan leda till att kvinnor får mer information om hjärtinfarkt och dess olikheter i symtombilden, såväl klassiska som atypiska symtom. Kvinnor måste bli mer medvetna om riskfaktorerna och att även de kan drabbas. Vi tycker att det är positivt att de atypiska symtomen vid en hjärtinfarkt har uppmärksammats och debatterats i media men anser att kurslitteraturen ligger lite efter och behöver uppdateras. Andra sätt att uppmärksamma kvinnor kan vara att informera dem vid besök på vårdcentral, gynekologmottagning eller andra kvinnomottagningar. Det är viktigt att kvinnorna blir medvetna om symtomen för att en förändring ska ske. Detta i sin tur innebär att vårdpersonal måste ha kännedom om olikheterna i symtombilden och inte motarbeta eller ifrågasätta kvinnornas upplevelser. Trots att de flesta upplever de klassiska symtomen när de drabbas av en hjärtinfarkt är det ändå viktigt att de som upplever atypiska symtom får samma vård och omvårdnad. Det krävs en ökad ödmjukhet hos vårdpersonalen i mötet med patienter som eventuellt är svårdiagnostiserade.

Det hade varit intressant att veta vilket stöd och information kvinnorna får i eftervården, när de drabbats av en hjärtinfarkt med atypiska symtom. Eftersom symtomen kvinnorna upplevt inte motsvarar de klassiska krävs det ytterligare information och förståelse. Skulle kvinnan insjukna på nytt är det viktigt att hon har kunskap om de olika symtombilderna.

Då de flesta kvinnor i vårt arbete inte ansåg sig vara i riskzonen för att drabbas av en hjärtinfarkt kom den plötsliga upplevelsen som en skrämmande överraskning. Kvinnornas förförståelse och kunskaper om hjärtinfarkt var avgörande när de tolkade och analyserade de atypiska symtom som de upplevde i det akuta skedet. Förnekelse och kontroll var primära känslor som ofta uppstod och påverkade kvinnorna under processen. Kvinnorna försökte ofta relatera sina symtom till andra sjukdomstillstånd samt lindra och behandla dessa med egenvårdsåtgärder. Involvering av familj eller andra påverkade till viss del beslutsprocessen att söka vård eller inte. I kontakten med sjukvården upplevde kvinnorna ett stort obehag av att inte tas på allvar och inte vara hörda. Kvinnorna gavs ofta andra diagnoser än hjärtinfarkt vilket skapade frustration och tvivel. En känsla av lättnad infann sig då rätt diagnos ställdes.

REFERENSER

- Almås H (red), Valand E, Bilicz J A & Berntzen H (2002) *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB
- Dempsey S J, Dracup K & Moser D K (1995) Women's decision to seek care for acute myocardial infarction. *Heart & Lung; Vol. 24, No 6*, 444-456
- Efre A.J (2004) Gender Bias in Acute Myocardial Infarction. *The Nurse Practitioner; Vol. 29, No 11*, 42, 49-55
- Ericson E & Ericson T (2002) *Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad- Medicinsk behandling- Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Fagermoen M S (2002) Patientundervisning. I Almås H (red) (2002) *Klinisk Omvårdnad 1*. Stockholm:Liber AB
- Haugland T, Hansen I & Areklett E (2002) Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I Almås H (red) (2002) *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB
- Hedner L P (red). (2003) *Invärtesmedicin (7: e uppl.)*. Lund: Studentlitteratur
- Holliday J E, Lowe J M & Outram S (2000) Women's experience of myocardial infarction. *International Journal of Nursing Practice; 6*: 307-316
- Håkansson-Rönholm A och Nilsson S (2004) Symtom vid hjärtinfarkt, En litteraturstudie om hur män och kvinnor beskriver sina symtom vid hjärtinfarkt (Examensarbete i omvårdnad). Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle
- LaCharity L A (1999) The Experiences of Younger Women with Coronary Artery Disease. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine; Vol. 8, No 6*, 773-785
- Lockyer L (2005) Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing; 4*, 29-35
- McInnes J D (2006) The illness perception of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing 2006 Mar 14;(Epub ahead of print)*
- McSweeney JC & Crane P B (2000) Challenging the Rules: Women's Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction. *Research in Nursing & Health; 23*, 135-146
- McSweeney JC, Lefler L & Crowder B F (2005) What's Wrong With Me? Women's Coronary Heart Disease Diagnostic Experiences. *Progress in Cardiovascular Nursing; 20*: 48-57

- Méthot J, Hamelin BA, Bogaty P, Arsenault M, Plante S & Poirier P (2004) Does Hormonal Status Influence the Clinical Presentation of Acute Coronary Syndromes in Women? *Journal of women's health; Vol. 13, No 6*, 695-702
- Nortvedt P (2002) Klinisk omvårdnad – realiteter och utmaningar. I Almås H (red) (2002) *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB
- Person, S (2003) *Kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna* (5:e upp.). Lund: Studentlitteratur
- Polit D F & Beck C T (2006) *Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal, and Utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott
- Rosenfeld A G, Lindauer A & Darney B G (2005) Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care; 14*, 285-293
- Schenck-Gustafsson K (2003) *Kvinnohjärtan – hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur
- Schoenberg N E, Peters JC & Drew E M (2003) Unraveling the mysteries of timing: women's perception about time to treatment for cardiac symptoms. *Social Science & Medicine; 56*, 271-284
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm.
- SOSFS 1993:17. *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm.
- SOSFS 1995:5. *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm.
- Sutherland B & Jensen L (2000) Living With Change: Elderly Women's Perceptions of Having a Myocardial Infarction. *Qualitative health research; Vol. 10, No 5, sep*, 661-676
- 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
- Willman A och Stoltz P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

Kritisk granskning av artiklar

Enligt Willman, A och Stoltz, P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. Modifierad av författarna.

Dempsey SJ et al (1995) Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. <i>Heart & Lung; Vol. 24, No 6, 444-456</i>	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Tydligt i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal	16
Ålder	42-82
Man/Kvinna	Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig?	Ja.
Datansamling; tydlig?	Ja. Semistrukturerade intervjuer.
Analys; tydlig?	Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Psykosociala processer.
Begränsningar?	Ja.
Tillämpning i praktiken?	Ja.
Vidare forskning?	Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.
Holliday, JE et al (2000) Women's experience of myocardial infarction. <i>International Journal Of Nursing Practice; 6, 307-316</i>	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Tydligt i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal	16
Ålder	48-82
Man/Kvinna	Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig?	Ja.
Datansamling; tydlig?	Ja. Semistrukturerade intervjuer.
Analys; tydlig?	Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, med kortare citat.

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas upplevelser, tankar och känslor.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.
LaCharity LA (1999) The Experiences of Younger Women with Coronary Artery Disease. <i>Journal of women´s health & gender-based medicine</i> ; vol. 8, No 6, 773-785	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Finns i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	11 31-47 (medel 40,25) Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Snålt.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datansamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Djupintervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, med flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas erfarenheter och upplevelser.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Medelbra artikel. Saknar kontext i bakgrunden.
Lockyer L (2005) Women´s interpretation of their coronary heart disease symptoms. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> ; 4, 29-35	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Tydligt i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	29 51-82 (medel 68) Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datansamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Semistrukturerade intervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, med flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas tolkning av deras upplevelse.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.

Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.
MacInnes, JD (2006) The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> ; Mar 14; (Epub ahead of print)	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Tydligt i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	10 30-80 (medel 72) Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datainsamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Semistrukturerade intervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, väl beskrivet. Flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas uppfattning.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.
McSweeney JC & Crane PB (2000) Challenging the Rules: Women's Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction. <i>Research in Nursing & Health</i> ; 23, 135-146	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Finns beskrivet i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	40 27-79 (medel 58,5) Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datainsamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Semistrukturerade intervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, med flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas upplevelse.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.

McSweeney JC et al (2005) What´s Wrong With Me? Women´s Coronary Heart Disease Diagnostic Experiences. <i>Progress in Cardiovascular Nursing</i> ; 20, 48-57	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Finns i abstract, introduktion och under egen rubrik.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	40 27-79 Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datainsamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Djupintervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, med flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas upplevelser, tankar och känslor.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel
Rosenfeld AG et al (2005) Understanding Treatment-Seeking Delay in Women with Acute Myocardial Infarction: Descriptions of Decision-Making Patterns. <i>American Journal of Critical Care</i> ; 14, 285-293	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Finns beskrivet i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	52 38-87 (medel 67,4) Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datainsamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Semistrukturerade intervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, deskriptivt med få citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas tankar, känslor och handlingar.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.

Schoenberg NE et al (2003) Unraveling the mysteries of timing: women's perceptions about time to treatment for cardiac symptoms. <i>Social Science & Medicine</i> ; 56, 271-284	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Finns beskrivet i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	40 55-96 (medel 69) Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datainsamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Djupintervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, med flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas uppfattning.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.
Sutherland B & Jensen L (2000) Living With Change: Elderly Women's Perceptions of Having a Myocardial Infarction. <i>Qualitative health research</i> ; Vol. 10, No 5, sep. 661-676	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Tydligt i abstract och introduktion.
Patientkaraktäristika: Antal Ålder Man/Kvinna	11 70-85 Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig? Datainsamling; tydlig? Analys; tydlig?	Ja. Ja. Semistrukturerade intervjuer. Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Uppfattning och upplevelse.
Begränsningar? Tillämpning i praktiken? Vidare forskning?	Ja. Ja. Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.
Svedlund, M et al (2001) Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. <i>Journal Of Advanced Nursing</i> ; 35(2), 197-205	
Tydlig avgränsning/problemformulering?	Tydlig i abstract och introduktion.

Patientkaraktäristika: Antal	10
Ålder	47-57
Man/Kvinna	Kvinnor
Är kontexten presenterad?	Ja.
Etiskt resonemang?	Ja.
Urval: Relevant?	Ja.
Metod för: Urvalsförfarande; tydlig?	Ja.
Datainsamling; tydlig?	Ja. Djupintervjuer.
Analys; tydlig?	Ja.
Är resultatet logiskt/begripligt?	Ja.
Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja, väl beskrivet. Flera citat.
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?	Kvinnornas upplevelser, tankar och känslor.
Begränsningar?	Ja.
Tillämpning i praktiken?	Ja.
Vidare forskning?	Ja.
Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra artikel som uppfyller kriterierna för en kvalitativ artikel.