



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Kvinnors bevekelsegrunder till försenat vårdsökande vid akut kranskärlssjukdom

- En litteraturstudie

Författare: Sofia Hansson och Ida Pedersen

Handledare: Jonas Wihlborg

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Kvinnors bevekelsegrunder till försenat vårdsökande vid akut kranskärslssjukdom

- En litteraturstudie

Författare: Sofia Hansson och Ida Pedersen

Handledare: Jonas Wihlborg

Kandidatuppsats

Hösten 2017

## Abstrakt

**Bakgrund:** Hjärt- och kärlsjukdomar är den enskilt vanligaste dödsorsaken hos män och kvinnor. Studier har visat att kvinnor tenderar att vänta med att söka vård vid akut kranskärslssjukdom. För att minska konsekvenserna vid ett insjuknande i akut kranskärslssjukdom är det viktigt att undersöka de bakomliggande anledningarna till kvinnans försenade vårdsökande. **Syfte:** Syftet var att undersöka kvinnors bevekelsegrunder till försenat vårdsökande vid akut kranskärslssjukdom. **Metod:** Studien utfördes som en litteraturstudie och en integrerad analys gjordes av nio artiklar. **Resultat:** Tre viktiga aspekter som ledde till ett försenat vårdsökande definierades som: Påverkan av okunskap, Påverkan av symtombild och Påverkan av social kontext. **Diskussion och slutsats:** Att söka sent vid akut kranskärslssjukdom kan leda till allvarliga konsekvenser. Kunskap om de bakomliggande orsaker till det försenade vårdsökandet kan därför bidra till att sjukvården kan sprida information på ett optimalt sätt för att minska konsekvenserna av hjärtinfarkt.

## Nyckelord

Kvinnor, försenat vårdsökande, hjärtinfarkt, akut kranskärslssjukdom, beslutfattande

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Akut kranskärslssjukdom .....	3
Allmän patofysiologi .....	3
Könsskillnader vid kranskärslssjukdom .....	3
Symtom .....	4
Diagnostik .....	4
Behandling .....	5
Psykologiska aspekter .....	5
Genus .....	6
Teoretisk referensram .....	7
Hälsa som växande medvetande .....	7
Genusmedicin .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	9
Urval .....	9
Datainsamling .....	10
Sökschema .....	11
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	13
Påverkan av okunskap .....	14
Påverkan av symtombild .....	14
Att tolka symtom .....	14
Att självdiagnostisera och självmedicinera symtom .....	15
Att snabbt förstå symtom .....	16
Påverkan av social kontext .....	17
Rådgöra med en annan person .....	17
Oro över att vara till besvär .....	17
Upprätthållande av roll .....	18
Diskussion .....	19
Diskussion av vald metod .....	19
Diskussion av framtaget resultat .....	21
Slutsats och kliniska implikationer .....	26
Författarnas arbetsfördelning .....	27
Referenser .....	28
Bilaga 1 .....	34

# Introduktion

## Problemområde

Hjärt- och kärlsjukdomar är den enskilt vanligaste dödsorsaken hos både män och kvinnor (Socialstyrelsen, 2017), men kvinnor insjuknar i regel senare i livet än män (Tapio Neuwirth, 2013). Studier har visat att kvinnor oftare har mer otydliga symtom vid akut kranskärlssjukdom än män (Lefler, 2002; O'Keefe-McCarthy, 2008). Många studier har gjorts som visat att kvinnor hade en större tendens att vänta med att söka vård vid en pågående akut kranskärlssjukdom jämfört med män (Lefler, 2002; Nguyen, Saczynski, Gore, & Goldberg, 2010). De beskriver även hur en del av försenat vårdsökande beror på kunskapsbrist inom kranskärlssjukdom (ibid.). För att minska konsekvenserna av ett insjuknande vid akut kranskärlssjukdom är det av intresse att undersöka de bakomliggande anledningarna till att kvinnor väljer att vänta med att söka vård.

Att samla studier för att få en översikt av kvinnans agerande vid insjuknande och vad som gör att hon väntar längre med att söka vård var ett viktigt område då många av de metastudier som finns idag inom ämnet är äldre (Lefler, 2002; O'Keefe-McCarthy, 2008). Att generera nyare forskning och försöka se om kvinnor fortfarande söker vård sent var därmed relevant. Enligt Lefler (2002) är sjuksköterskans uppgift bland annat att säkerställa att kunskap om de atypiska symtomen, som oftare drabbar kvinnor än män, vid akut kranskärlssjukdom når ut till kvinnor. Dock är det även viktigt att inte atypiska symtom blir den enda sanningen för kvinnor (Swahn, 2010). Typiska symtom är även vanligt förekommande hos kvinnor och det är därför av vikt att information om både typiska och atypiska symtom når ut till kvinnor för att vård ska sökas oavsett symtombild (ibid.). Enligt ICN:s etiska kod delar sjuksköterskan ansvaret tillsammans med samhället för att främja allmänhetens hälsa genom olika interventioner (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Att få en förståelse för olika aspekter som påverkar det faktum att kvinnor ofta söker vård sent vid akut kranskärlssjukdom är viktigt ur ett omvårdnadsperspektiv med syftet att göra samhället mer medvetet om problemet.

## Bakgrund

### *Akut kranskärslssjukdom*

#### Allmän patofysiologi

Akut kranskärslssjukdom är ett samlingsbegrepp för ST-höjningsinfarkt (STEMI), icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) och instabil angina pectoris (Wallentin, 2011). Ateroskleros är den bakomliggande anledningen till akut kranskärslssjukdom (Garner, 2013). Ateroskleros uppstår genom att plack bildas, vilket är en ansamling av bland annat kolesterol och lipider som täcks av en fibrös kapsel. Blir placket stort kan kranskärlet delvis täppas igen. Därmed begränsas hjärtats blodtillförsel, vilket kan ge symtom som ansträngningsutlöst smärta. Placken kan spricka och då ansamlas trombocyter i området och en trombos uppstår och kan leda till hjärtinfarkt eller instabil angina pectoris. Vid STEMI täpps kärlet igen fullständigt, och beroende på var trombosen har uppstått, kan ett stort område av myokardiet drabbas av ischemi. Vid instabil angina pectoris kan en del blod fortfarande passera trombosen, vilket innebär att en latent ischemi i myokardiet uppstår. NSTEMI uppkommer oftast genom att en bit från en annan trombos lossnar och hamnar i ett mindre kranskär, vilket därmed ger en något mindre ischemi än vid STEMI. Skulle ischemin i myokardiet pågå i mer än 15–30 minuter går myokardiet i nekros, vilket är en irreversibel process. En kraftig ischemi kan därför leda till att hjärtats retledningssystem och pumpförmåga påverkas och skadan kan ge upphov till nya tillstånd som hjärtarytmier och hjärtsvikt. Symtom som illamående, kräkning, svettning och kallsvettning orsakas av att det autonoma nervsystemet stimuleras under en hjärtinfarkt (ibid.).

#### Könsskillnader vid kranskärslssjukdom

För både män och kvinnor är hjärt- och kärlsjukdom den vanligaste dödsorsaken i stora delar av världen (Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017; Socialstyrelsen, 2017; Swahn, 2010). Tidigare har forskning visat att kvinnor i regel insjuknar tio år senare än män i hjärtinfarkt (Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017). Dock har ny statistik indikerat att skillnaden minskar, men att det fortfarande är ett senare insjuknande bland kvinnor (ibid.). Statistik har även visat att det finns en skillnad i omhändertagandet mellan kvinnor och män vid hjärtinfarkt, på så vis att fler kvinnor skrivs in på vanlig vårdavdelning medan män oftare läggs in på hjärtintensivavdelning (Lundberg, 2000; Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017; Swahn, 2010). I Socialstyrelsen (2015) beskriver hur hälsan,

vården och omsorgen inom hjärtsjukvården i Sverige inte är jämlik i olika avseenden. Riktlinjerna för hur hjärtsjukvård ska bedrivas visar inga skillnader mellan män och kvinnor och därför ska inga olikheter inom vården finnas (ibid). Alla har rätt till information om hälsotillståndet, hur sjukdom kan förebyggas och vilka komplikationer tillståndet kan ge enligt Patientlag (SFS 2014:821). Därför måste, män som kvinnor, få information för att kunna fatta informerade beslut och förstå allvaret med hälsotillståndet (ibid.). Enligt Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) ska vården vara tillgänglig på lika villkor och att den som har större behov ska gå före den som har mindre behov.

## Symtom

Hos både män och kvinnor är de typiska symtomen central bröstsmärta med utstrålning till vänster arm, hals, käke och rygg och som varar i minst 15 minuter (O'Keefe-McCarthy, 2008; Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017). Kvinnor har i regel oftare atypiska symtom än män, men det gäller långt ifrån alla kvinnor. Exempel på atypiska symtom är dyspné, illamående och sjukdomskänsla. I samhället finns en teori om att kvinnor inte har bröstsmärta vid hjärtinfarkt. Den kan härstamma från det faktum att kvinnan oftare får en kombination av typiska och atypiska symtom och att bröstsmärtan därmed inte upplevs lika framträdande (ibid.). Lundberg (2000) menar att kvinnor och män beskriver symtomen olika. Centrala bröstsmärtor förekommer i lika stor utsträckning hos män som kvinnor. Hos kvinnor var det dock vanligare med fler symtom, främst atypiska, vilket kan vara en orsak till försenat vårdsökande bland kvinnor (ibid.).

## Diagnostik

Kvinnor och män diagnostiseras på samma sätt med hjälp av biomarkörer i serum, som till exempel troponin T, symtombild, EKG och kranskärlsröntgen (Lindahl, 2011; Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017). Det ska finnas en stegring av biomarkörer i kombination med minst ett av följande kriterier; typiska symtom, EKG-förändringar eller tecken på stenoser vid kranskärlsröntgen (ibid.). Troponin T frisätts vid myokardskada, men indikerar inte den bakomliggande orsaken till skadan (Lindahl, 2011). Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström (2017) menar att de diagnostiska kriterierna som används, kan visa annorlunda resultat beroende på kön. Kvinnor har i regel lägre nivåer av troponin T i serum än män till följd av att kvinnans myokard är mindre än mäns, men det finns ingen skillnad vid bedömningen av värdet. Det kan även förekomma skillnader vid diagnostisering med EKG

eftersom det är vanligare att kvinnor inte visar typiska EKG-förändringar jämfört med män (Lundberg, 2000). Vid kranskärlsröntgen är det inte helt sällsynt att det inte förekommer signifikanta stenoser hos kvinnor, vilket kan försvåra diagnostiseringen av kvinnor (Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017).

## Behandling

Den medicinska behandlingen av hjärtinfarkt kan vara läkemedel, invasiv eller en kombination (Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017). Det finns inte olika rekommendationer av behandling beroende på om patienten är kvinna eller man, men det finns trots allt behandlingskillnader. Läkemedelsbehandlingen syftar både till det akuta skedet och sekundärpreventivt efter hjärtinfarkt, vilket inkluderar bland annat trombocythämmare, betablockerare, ACE-hämmare och statiner. Doseringen ska justeras eftersom kvinnor ofta väger mindre än män och njurfunktionen skiljer mellan könen. Kvinnor upplever även i större utsträckning biverkningar av preparaten än män (ibid.). Efter framförallt en icke-ST-höjningsinfarkt får kvinnor i regel färre sekundärpreventiva preparat utskrivna och det gäller främst statiner, trots att det inte finns olika rekommendationer (Jortveit et al., 2016; Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017; Lundberg, 2000). Invasiv behandling innebär perkutan koronarintervention (PCI) eller coronary artery bypass grafting (CABG) (Schenk-Gustafsson & Johnston-Holmström, 2017). Kranskärlsröntgen syftar till att upptäcka ocklusioner i kranskärlen och, om möjligt, öppna upp förträngningar för att återställa blodflödet med hjälp av PCI (James, 2011). Kranskärlsröntgen utförs inte lika ofta på kvinnor som på män, vilket kan ha sitt ursprung i att kvinnor mer sällan ligger på en hjärtavdelning (Jensen, 2017; Jortveit et al., 2016).

## *Psykologiska aspekter*

Festinger (1962) beskriver förenklat begreppet kognitiv dissonans som olika förväntningar i relation till varandra. Alla människor har genom sina liv byggt upp förväntningar för olika situationer, och vilka saker som hör samman och vilka saker som inte gör det. När förväntningarna inte uppfylls uppstår dissonans. Inom många områden delar inte alla människor samma förväntningar och således uppstår dissonans olika för olika individer. Vid ett beslutsfattande försöker individen minska dissonansen mellan två olika val. Om valet står mellan två lika attraktiva objekt försöker individen rättfärdiga sitt beslut av att välja en av dem genom att göra de attraktiva sidorna hos det bortvalda objektet mindre attraktiva och de

sämre sidorna hos det valda objektet bättre. På så sätt minskar dissonansen mellan de två objekten och valet blir, i en tillbakablick, lättare att göra (ibid.).

Attityder är ett begrepp som inte definieras likadant av alla teoretiker, men det kan sägas vara en människas förhållningssätt (Olson & Zanna, 1993). Att det finns en kognitiv, emotionell och konativ aspekt i attityder är något de flesta teoretiker anser vara korrekt. Den kognitiva aspekten kan ses som den kunskapsbaserade och intellektuella delen, hur kunskap påverkar individens förhållningssätt. Det emotionella elementet handlar om hur känslor påverkar det synsätt och de attityder som individen bildar. Slutligen finns den konativa aspekten, vilken syftar till hur individen kommer att handla utifrån attityden, det vill säga om det blir positiva eller negativa beteenden i en situation eller mot en viss person. De tre aspekterna korrelerar och bidrar tillsammans till hur en individ ser, känner och agerar (ibid.).

En attityd kan innehålla både en positiv och en negativ aspekt, vilket ger en ambivalent attityd (Olson & Zanna, 1993). Det är då svårare för individen att värdera situationen, då det finns en konflikt inom individens syn- och förhållningssätt. Starka attityder är en viktig del av individens identitet och är svårare att förändra (ibid.).

### *Genus*

Genus är ett begrepp som används för att få förståelse för olika föreställningar, idéer och handlingar som påverkar och skapar människors sociala kön (Hirdman, 1988). I begreppet genus ingår ett ställningstagande att inte acceptera könsrollerna som naturgivna.

Konstruktionen av kön ska förstås i en bredare, social struktur och inte bara efter det biologiska kön individen fötts med. Det tillkommer fler skillnader än bara kroppsattribut i begreppen ”man” och ”kvinna”. Genus ifrågasätter, men kanske främst, belyser de könsstrukturer som ofta osynligt ligger till grund för sociala maktrelationer i samhället (ibid.).

Genus är relevant i samhället och vården är inget undantag (Robertsson, 2013). Genus påverkar hur problem presenteras, hur vårdpersonalen tar ställning till olika symtom och fattar beslut om behandling, men även hur ny kunskap tillkommer genom forskning (ibid.).

Smirthwaite, Tengelin & Borrman (2014) skriver att en viktig del i att försöka skapa en jämlik vård är att förstå att kön konstrueras. Kön skapas ur hur människor samtalar med varandra och hur människor ser på andra. Ur könskonstruktionen skapas olika föreställningar och



förväntningar av vad som är manligt och kvinnligt, vilket även påverkar personalen inom vården. Olika föreställningar och förväntningar på män och kvinnor kan leda till att män och kvinnor erhåller olika undersökningar, behandlingar och läkemedelsterapi även om ingen medicinsk motivering finns för skillnad, vilket kan försämra vårdkvaliteten (ibid.). Inom hjärtforskningen, och andra områden, har många luckor kunnat fyllas efter långt arbete med genusfokuserad forskning (Swahn, 2010).

### *Teoretisk referensram*

#### Genusmedicin

Den genusmedicinska forskningen belyser samspelet mellan biologiska faktorer och sociokulturella faktorer. Det innebär att biologiska faktorer påverkas av samhället och därför också måste problematiseras utifrån ett samhällsperspektiv (Vetenskapsrådet, 2004). Det går inte att uppnå en jämlik vård om inte individens kontroll över sig själv och sitt liv blir större (Diaz, 2010). Smirthwaite (2010) beskriver att för att ta kontroll över sitt eget liv måste den manliga normen inom sjukvården ifrågasätts och det är därför genusmedicin spelar en viktig roll. När sjukdomar diskuteras måste ett genusperspektiv finnas för att synliggöra den manliga normen i diskursen. En förståelse för varför det är viktigt att inte bara se det biologiska könet, utan hela människan utifrån både biologi och sociala faktorer är essentiell att skapa. Liksom biologin kan få sociala konsekvenser, kan även maktordningar få biologiska konsekvenser. Det ena påverkar det andra. Genusmedicinen framhåller att det är betydelsefullt att ha en balans mellan de biologiska aspekterna av kön och den sociala konstruktionen av kön (ibid.).

Vetenskaplig kunskapsbildning har, såväl förr som nu, ett androcentriskt synsätt (Dahlborg-Lyckhage & Eriksson, 2010). Ett androcentriskt synsätt innebär att mannen är normen för människan, vilket har framställt kvinnor på ett stereotypt sätt eller inneburit att kvinnor ej har inkluderats i studier (Schenk-Gustafsson, 2003). Hjärtforskningen är ett område där kvinnor inte inkluderats förrän på senare år (ibid.).

#### Hälsa som växande medvetande

Margaret Newman utformade sin teori, Hälsa som växande medvetande, med tanken att kunna beskriva hälsa hos alla, även de som inte kan vara sjukdomsfria (Marchione, 1993). Newman byggde sin teori på begreppen; medvetande, rörelse, tid, rum, mönsteridentifikation, mönster och växande medvetenhet. Medvetandet handlar, enligt Newman, om hur väl systemet och miljön kan interagera med varandra, det vill säga hur väl individen kan ta till sig

faktorer från miljön utanför den egna sfären (ibid.). Det kan inom ämnet, kvinnor med kranskärslssjukdom, vara att kunskap från samhälle och vård tas i beaktande eller att symtom bekräftas och börjar analyseras. Newman beskriver även i sin teori hur tid och rum är ett system och att de inte kan ses som två separata delar (Marchione, 1993). Om rummet minskar, till exempel när individen blir sjuk och därmed inte kan röra sig lika fritt, ges mer tid att fokusera och fundera på sig själv. Rörelse nämns även som ett viktigt begrepp, vilket syftar till de val som görs för att nå ett växande medvetande. Utan rörelse sker ingen förändring för individen (ibid.). Att knyta an rörelse och val till kvinnor med kranskärslssjukdom kan innebära att ett beslut om att bekräfta de symtom som uppkommit krävs för att kvinnan ska kunna gå vidare i processen mot att söka sjukvård. Genom att kunna identifiera mönster och se mönster, kan medvetandet växa, menar Newman (Marchione, 1993). Det är genom mönsterskapandet som olika handlingsalternativ kan ses och ge förståelse för situationen. Att skapa mönster är en dynamisk process och förändras därför kontinuerligt genom att olika bitar av mönstret sätts i relation till varandra på olika sätt (ibid.). Ett typiskt skapande av mönster är mönstret som skapas för att förstå sina symtom och sin situation under en pågående akut kranskärslssjukdom. Det som önskas är att individen får ett växande medvetande eftersom det är definitionen av hälsa för Newman (Marchione, 1993). Ett växande medvetande kommer från rörelse och mönster, det vill säga att de val som individen tar ihop med att kunna skapa ett mönster, ger förändring och en ökad insikt (ibid.).

Ett växande medvetande kan ses som kvinnors insikt i att de behöver söka vård för sina sjukdomssymtom. För att nå insikten om att vård krävs, måste mönster skapas och val tas, som även Newman beskriver (Marchione, 1993). Att skapa mönster utifrån symtom är en dynamisk process eftersom symtomen och kroppens svar förändras under sjukdomsprocessen och vilka val som tas kan i en kombination påverka de handlingar kvinnor utför under sjukdomsperioden.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva kvinnors bevekelsegrunder till försenat vårdsökande vid akut kranskärslssjukdom.

## Metod

En icke-systematisk litteraturstudie användes som metod för att besvara studiens syfte. Vetenskapliga artiklar söktes, granskades och analyserades med hjälp av en integrerad analys.

## Urval

Sökningen av de vetenskapliga artiklarna har gjorts i databaserna PubMed och CINAHL. Sökning gjordes efter både kvalitativa och kvantitativa studier, men endast en artikel innehöll en kombinerad kvalitativ och kvantitativ ansats. Övriga artiklar hade en kvalitativ design.

Inklusionskriterier som användes var att studierna skulle utgå från patientens perspektiv för att svara på studiens syfte. Sökningen begränsades till studier publicerade inom tidsområdet 2005–2017. Artiklar som var publicerade i vetenskapliga tidskrifter och peer reviewed inkluderades. Studiernas urval omfattade endast vuxna kvinnor >18 år och artiklarna var skrivna på engelska eller skandinaviska språk. Inga exklusionskriterier fanns, förutom de faktorer som exkluderades till följd av valda inklusionskriterier.

Sökningen i PubMed baserades främst på MeSH-termer, men i de fall där MeSH-termer inte fanns skedde sökningen i fritext. De MeSH-termer som användes som sökord i PubMed var: *Women, Female, Myocardial Infarction, Coronary Artery Disease* och *Decision Making*. De sökord som användes i fritext var: *Gender, decision making process* och *delay*. För att täcka in fler formationer av ord användes trunkering. Sökorden kombinerades med booleska operatorer, vilka ses i tabell 1.

Vid sökning i CINAHL användes ord ur CINAHL:s thesaurus, men ett ord fick sökas i fritext då ordet inte fanns representerat. De sökord från CINAHL:s thesaurus som användes var: *Women, Female, Gender Bias, Myocardial Ischemia* och *Decision Making*. Det ord som söktes i fritext var: *delay*. Sökorden användes i olika formationer med booleska operatorer, vilka kan ses i tabell 2.

## **Datainsamling**

Urvalet av vetenskapliga artiklar gjordes i två steg. I Urval 1 studerades abstrakt individuellt och relevanta artiklar valdes ut. I Urval 2 genomgick artiklarna en genomläsning i fulltext. Vidare sorterades relevanta artiklar ut och genomgick en granskning med utvald mall för att säkerställa att studierna höll en hög kvalitet. Mallen som valdes för kvalitetsgranskning var Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2011) granskningsmall för kvalitativa studier. Artiklarna granskades gällande relevans och kvalitet. Författarna bedömde kvaliteten utifrån antal kriterier som uppfylldes. Artiklar med 70 % av möjliga poäng bedömdes vara av medelhög kvalitet och artiklar med minst 80 % bedömdes ha hög kvalitet. Artiklar under 70 % ansågs vara av låg kvalitet och inkluderades inte i studien. I Urval 1 valdes 10 artiklar ut. I Urval 2 bedömdes fyra artiklar ha hög kvalitet och fem artiklar ansågs ha medelhög kvalitet. Enbart nio studier inkluderades till vidare analys på grund av att en artikel inte uppfyllde kravet om 70 % och därmed uppvisade låg kvalitet.

## Sökschema

Tabell 1: Sökschema i PubMed

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	“Women”[MeSH] OR “Female”[MeSH]	3 284 707				
#2	OR gender(fritext) “Myocardial Infarction”[MeSH] OR “Coronary Artery Disease”[MeSH]	84 796				
#3	Decision making process(fritext) OR “Decision Making”[MeSH]	104 711				
#4	Delay*(fritext)	478 064				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	46	46	9	4	4

Tabell 2: Sökschema i CINAHL

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	”Women” [CINAHL heading] OR ”Female” [CINAHL heading] OR ”Gender Bias” [CINAHL heading]	1 204 999				
#2	”Myocardial Ischemia” [CINAHL heading]	59 093				
#3	”Decision Making” [CINAHL heading]	70 776				
#4	Delay(fritext)	24 832				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	45	45	16	6	5

## **Dataanalys**

Analysen utfördes genom integrerad analys som skedde i flera steg (Kristensson, 2014). Författarna läste i första steget alla artiklar individuellt för att övergripande identifiera likheter och skillnader mellan de olika resultaten. Artiklarna diskuterades sedan gemensamt, utifrån syfte och teoretisk referensram, och därefter lyftes alla meningsbärande delar fram. Delarna sammanställdes i en mindmap och utifrån innehållet skapades kategorier, varefter nämnda kategorier kunde slås ihop i olika huvudkategorier. Artiklarna lästes därefter igenom igen individuellt för att koda resultaten utifrån de skapade kategorierna. En sammanställning av varje kategoris innehåll skedde därefter, vilket blev litteraturstudiens resultat. En matris där artiklarnas syfte, metod, resultat och kvalitet sammanställdes, se Bilaga 1.

## **Forskningsetiska avvägningar**

En forskningsetisk reflektion är något som ska finnas med i all forskning och även i uppsatser (Sandman & Kjellström, 2013). God forskningsetik syftar till att de människor som ingår i studien behandlas väl och med respekt, men även att metoden och utförandet av studien sker strukturerat och korrekt (ibid.). Helsingforsdeklarationen beskriver vilka etiska principer som ska tas i beaktande när en medicinsk studie med mänskliga deltagare utförs (World Medical Association, 2013). En viktig del i Helsingforsdeklarationen är hur deltagarnas integritet och autonomi ska bibehållas. Deltagarna ska även få information, nyttan av studien ska sättas i relation till eventuell skada för deltagarna och studiedeltagarna ska alltid behandlas rättvist. Studien måste även godkännas av en etisk kommitté (ibid.). En etikprövning krävs enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) när känsliga uppgifter samlas in om individer. Känsliga uppgifter definieras i Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) som bland annat information kring individens hälsa, vilket studierna i litteraturstudien berör.

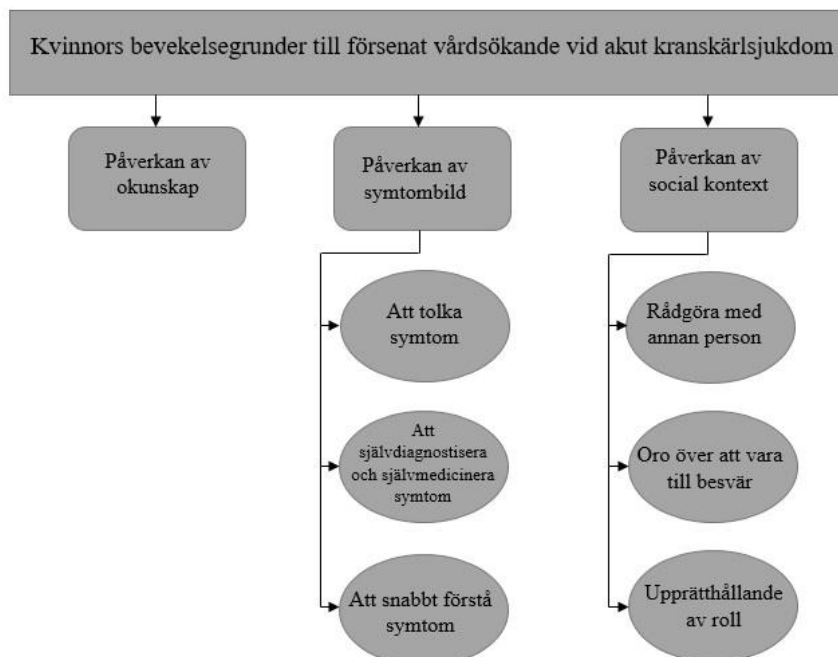
Kristensson (2014) beskriver hur ett etiskt förhållningssätt även är viktigt i litteraturstudier eftersom varje studie ska granskas för att se hur väl forskarna har tagit ställning kring forskningsetiken. Alla studier som använts i litteraturstudien var på människor och därför krävs en granskning för att säkerställa att de har behandlats väl under studien.

En bedömning gjordes av hur de granskade artiklarna förhållit sig etiskt med SBU:s granskningsmall med etiska aspekter (SBU, 2014) i åtanke. Författarna inkluderade även ett krav att studierna som inkluderades ska ha genomgått en etisk prövning.

Författarna tog hänsyn till sin egen förförståelse och eftersträvade att inte lägga in egna värderingar under urvalet av artiklar för att inte relevant litteratur skulle uteslutas. Analysen av artiklarnas innehåll försöktes göras neutral för att inte utesluta delar av resultatet utifrån författarnas idéer och värderingar.

## Resultat

Den integrerade analysen gav upphov till tre huvudkategorier och sex underkategorier, se figur 1. Huvudkategorin **Påverkan av okunskap** hade enligt författarna inte ett behov av underkategorier. **Påverkan av symtombild** var den andra huvudkategorin, vilken gavs tre underkategorier som benämndes; *Att tolka symtom*, *Att självdiagnostisera och självmedicinera symtom* och *Att snabbt förstå symtom*. Slutligen var **Påverkan av social kontext** en huvudkategori med underkategorierna; *Råd göra med annan person*, *Oro över att vara till besvär* och *Upprätthållande av roll*.



**Figur 1:** Redovisning av kategorisering av resultat

## **Påverkan av okunskap**

Harralson (2007) utförde en studie som hade både en kvalitativ och en kvantitativ ansats och 48 kvinnor intervjuades. Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkade kvinnor att vänta med att söka vård vid symtom på akut kranskärslsjukdom. Det visade sig att 97 % av studiens kvinnor var medvetna om att även kvinnor drabbades av hjärtinfarkt (ibid.). Trots det, var det ett återkommande problem bland studiernas kvinnor att de inte förstod att det fanns en risk för dem som individ att drabbas av hjärtinfarkt (Gallagher, Marshall, & Fisher, 2010; Harralson, 2007; Herning, Hansen, Bygbjerg, & Lindhardt, 2011; Lichtman et al., 2015; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). I en studie av Gallagher et al. (2010) deltog 10 kvinnor i semistrukturerade intervjuer som valdes ut genom ett bekvämlighetsurval. Vid analysen hade forskarna en induktiv ansats för att svara på frågeställningen. Studiens syfte var att beskriva hur kvinnor upplevde sina symtom och agerade innan de sökte vård. De belyste hur många kvinnor saknade insikt i att de ingick i en riskgrupp för kranskärslsjukdom (ibid.). Som exempel fanns en kunskapsbrist i rökningens påverkan på kranskärslsjukdom (Gallagher et al., 2010; Herning et al., 2011). En del kvinnor visste inte att rökning ökade risken för aterosklerotiska förändringar, utan kopplade rökning enbart till lungsjukdom (ibid.). En del kvinnor trodde sig var skyddade av att vara kvinna (Herning et al., 2011) och att de var hälsosamma, trots flera riskfaktorer för hjärtinfarkt (Herning et al., 2011; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Försenat vårdsökande kunde uppstå när kvinnor hade svårigheter att koppla atypiska och svårtolkade symtom till hjärtinfarkt (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld, Lindauer & Darney, 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Kvinnans ålder var även en bidragande orsak till att de inte trodde sig ha blivit drabbade av hjärtinfarkt (Harralson, 2007; Lichtman et al., 2015; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

## **Påverkan av symtombild**

### *Att tolka symtom*

En stor del i försenat vårdsökande hade ursprung i att många kvinnor hade svårt att tolka de symtom de fick (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turrís, 2009). Lichtman et al. (2015) utförde en kvalitativ studie där 30 kvinnor under 50 år djupintervjuades. Yngre kvinnor valdes då de ansåg att det fanns en kunskapslucka i hur yngre kvinnor agerade vid hjärtinfarkt. De ville



identifiera de faktorer som bidrog till försening vid vårdsökande under pågående hjärtinfarkt. De beskrev hur svårigheten i tolkningen kunde ligga i att de fick flera olika symtom samtidigt (ibid.), vilket även Gallagher et al. (2010) upptäckte. Många kvinnor trodde även att en hjärtinfarkt skulle ge ett mer dramatiskt förlopp och svårare symtom (Gallagher et al., 2010; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015). De flesta kvinnor hade till en början lättare symtom som dyspné (Gallagher et al., 2010), fatigue (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008), obehagskänslor (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008) och matsmältningsproblem (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010). Symtomen blev svårare med tiden och påverkade således många kvinnors liv mer, vilket därmed innebar att fler kvinnor förstod att situationen var allvarlig (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). I studien av Turrís (2009) intervjuades 16 kvinnor efter att de behandlats för hjärtsymtom och studien gjordes utifrån metoden grounded theory. Studiens syfte var att se hur kvinnor tolkade symtomen och hur beslutsprocessen till vårdsökande såg ut. I intervjustudien beskrevs hur viktigt det var för kvinnor, vid tolkning av symtom, att ha i beaktande hur många symtom de hade och hur svåra symtomen upplevdes vara (ibid.). Många kvinnor skapade symtommodeller som hela tiden förändrades och försökte sätta sina symtom i relation till sin situation och sitt liv (Davis et al., 2013; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turrís, 2009).

### *Att självdiagnostisera och självmedicinera symtom*

Rosenfeld et al. (2005) utförde en kvalitativ studie där 52 kvinnor fick delta i semistrukturerade intervjuer. Därefter utfördes en narrativ analys och för att säkerställa att de uppfattat insamlad data rätt, bjöd de in fyra personer till en fokusgrupp. Syftet med intervjustudien var att beskriva perioden mellan att kvinnor fick symtom tills dess att beslut om att söka sjukvård togs. De upptäckte att kvinnor vanligtvis förminskade symtomen och försökte sätta en egen diagnos utifrån de upplevda symtomen (ibid.). Att förminska symtom togs även upp i studierna av Harralson (2007), Sjöström-Strand och Fridlund (2008) och Turrís (2009). Att självdiagnostisera utifrån symtom var även ett vanligt förekommande fenomen bland flera kvinnor i de inkluderade studierna (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä, & Falk, 2016; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Förklaringen till symtomen kunde baseras på en bakomliggande diagnos som kvinnan redan hade fått, som till exempel astma (Gallagher et al., 2010) och gastroesofagal refluxsjukdom (Gallagher et al., 2010; Rosenfeld et al., 2005), influensa (Davis et al., 2013), ålder eller stress (Harralson, 2007; Sjöström-Strand & Fridlund,

2008). Sjöström-Strand och Fridlund (2008) utförde en kvalitativ studie med en explorativ och beskrivande design. De intervjuade 19 kvinnor och använde innehållsanalys som analysmetod av insamlade data. Syftet med studien var att beskriva kvinnors symtom och deras anledningar till att de inte sökte vård direkt när symtomen uppstod. De beskrev hur flera kvinnor upplevde att det kändes skönt att sätta en mindre allvarlig diagnos eftersom verkade lugnade på dem (ibid.), vilket även togs upp av Herning et al. (2011). Många kvinnor försökte lindra symtomen, medicinera utifrån självdiagnosen och att "vänta ut" symtom som inte ansågs vara allvarliga (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Gyberg et al., 2016; Herning et al., 2011; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turrís, 2009). Genom att förminska symtomen framkom inte symtomens allvar, vilket innebar att vård inte söktes direkt (Turrís, 2009).

Gyberg et al. (2016) utförde en kvalitativ studie med grounded theory som metod och intervjuade 17 kvinnor som hade drabbats av sin första hjärtinfarkt. Syftet med intervjustudien var att belysa hur kvinnors tidigare erfarenheter påverkade hur de agerade i beslutsprocessen mot att söka vård. De kunde belysa att när symtomen försvårade de dagliga aktiviteterna eller att nya symtom tillkom började många kvinnor att uppfatta situationen som allvarlig. De omvärderade därmed sin tidigare hypotes eller diagnos gällande vad orsaken till symtomen var (ibid.), vilket även bekräftas av Davis et al. (2013), Lichtman et al. (2015), Rosenfeld et al. (2005) och Turrís (2009).

### *Att snabbt förstå symtom*

Det förekom kvinnor som inte väntade med att söka vård, eftersom de snabbt kunde skapa ett mönster av symtom och sammanhang, vilket därmed ledde till att de insåg att symtomen var allvarliga (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Rosenfeld et al., 2005). Att de sökte vård snabbt berodde främst på att de förstod att de var i en riskgrupp för kranskärslsjukdom och att symtomen var svåra och typiska för hjärtinfarkt (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Lichtman et al., 2015). Herning et al. (2011) djupintervjuade 17 kvinnor och utgick från ett fenomenologiskt synsätt. Syftet med studien var att undersöka hur kvinnors tankar och agerande påverkade förseningen till att söka vård vid en pågående STEMI. De upptäckte att det även fanns de kvinnor som väntade med att söka vård, men när de förstod att det var hjärtrelaterade symtom sökte de vård akut (ibid.). För vissa av de kvinnor som bestämt sig för att söka sjukvård dröjde sjukvårdskontakt då sysslor som ansågs vara viktiga prioriterades att utföras före vård, vilket framkom i Davis et al. (2013) kvalitativa djupintervjustudie. De höll

semistrukturerade intervjuer med nio kvinnor och de använde sig av grounded theory som metod. Intervjustudiens syfte var att undersöka hur kvinnor kände in och tolkade sina symtom och hur de, utifrån tolkningen, tog beslut att söka vård. Trots att flera kvinnor hade tagit beslutet att söka vård, prioriterades andra sysslor (ibid.).

## **Påverkan av social kontext**

### *Rådgöra med en annan person*

En stor andel kvinnor i de inkluderade studierna tog hjälp av en annan person, familjemedlem eller vän, för att fatta beslutet att söka vård (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Gyberg et al., 2016; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turriss, 2009). Genom att prata med en annan person minskade förseningen till sjukvården, vilket indikerade att kvinnor som lever själva, utan nära kontakt med anhöriga eller vänner har större risk för försenat vårdsökande (Herning et al., 2011; Turriss, 2009). När en del kvinnor inte kunde skapa ett mönster och förståelse av sina symtom, rådfrågade många kvinnor en annan person för att kunna sätta sin situation i ett större sammanhang, samt för att bekräfta de egna teorierna om symtomen (Davis et al., 2013). Många kvinnor beskrev hur personerna de pratat med antingen hjälpte dem att fatta beslutet att söka vård (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Gyberg et al., 2016; Harralson, 2007; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005) eller övertygade dem att söka vård och därmed tog över beslutet (Harralson, 2007; Rosenfeld et al., 2005; Turriss, 2009). När väl vård söktes, kontaktade många kvinnor i första hand primärvården och inte akutsjukvården (Gallagher et al., 2010; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Många kvinnor ville inte ringa efter en ambulans, utan bad en familjemedlem att köra dem till sjukhuset eller körde själv (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

### *Oro över att vara till besvär*

I flera av studierna fanns det en ambivalens bland kvinnor huruvida de skulle lämna sjukvården eller inte, vilket grundade sig bland annat i att det fanns en rädsla över att det inte var något allvarligt och att en känsla av skam således skulle uppstå (Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Turriss, 2009). Många kvinnor var oroliga över att de skulle ses som hypokondriska och behöva slösa på sjukvårdens resurser (Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turriss, 2009). I ett försök att inte slösa på

ambulansens resurser, valde många kvinnor att köra in till sjukhuset själva eller att ta hjälp av närstående (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). En annan aspekt till försenat vårdsökande var att flera kvinnor inte ville vara till besvär (Davis et al., 2013; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). En del kvinnor förminskade symtomen för att inte uppröra barnen eller maken (Davis et al., 2013; Gyberg et al., 2016; Lichtman et al., 2015; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turriss, 2009) eller för att de inte kände att någon annan i familjen kunde ta över ansvaret för kvinnans sociala åtaganden och vardagliga sysslor (Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Äldre kvinnor som tog hand om en sjuk make ansåg inte att ansvaret kunde delegeras till någon annan och ignorerade därmed symtomen (Gallagher et al., 2010; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008).

### *Upprätthållande av roll*

Ett återkommande fenomen i studierna var att kvinnor aktivt sökte stöd hos andra och lämnade över beslutsprocessen och ansvaret huruvida sjukvård behövde sökas eller ej till en annan person (Davis et al., 2013; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005). Det fanns dock de kvinnor som inte uppskattade att bli uppmanade att söka vård (Rosenfeld et al., 2005). En del kvinnor som tog kontakt med vården och därefter blev ombedda att ringa efter en ambulans gjorde ett aktivt val att istället vänta eller be någon annan om hjälp. Det handlade till stor del om en vilja att ingen skulle bestämma över dem och att kontrollen över situationen därmed skulle förloras (ibid.). Davis et al. (2013) beskrev hur beslutet togs av andra genom att någon sa åt kvinnan att söka vård eller att ta över hennes uppgifter för att möjliggöra vårdsökande. Många kvinnor ansåg att det var att ge upp (ibid.). Flera kvinnor tvekade över att söka vård på grund av oro för att känna att de inte längre var den kapabla och självständiga kvinna de tidigare varit, som har kunnat ta hand sin egen och andras ohälsa (Gyberg et al., 2016; Turriss, 2009). Om sjukdom drabbade kvinnan skulle hon möjligen inte kunna fortsätta att vara en bra mamma, fru och kollega, utan istället bli i beroendeställning till familjen (Davis et al., 2013; Herning et al., 2011; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turriss, 2009). Sjöström-Strand och Fridlund (2008) beskrev hur kvinnor inte erkände symtomens svårighetsgrad för att kunna bibehålla kontroll och därmed inte acceptera den allvarliga sjukdomsbilden. När kvinnan kände att symtomen påverkade hennes dagliga liv, fick hon en känsla av att ha förlorat kontrollen över sin kropp och att hon inte längre skulle kunna hantera alla situationer som hon tidigare klarat av (Gyberg et al., 2016). Att söka

vård skulle eventuellt innebära en inläggning och kvinnan skulle då förlora sin självständighet (ibid.).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Kristensson (2014) beskriver hur litteraturstudier är viktiga inom omvårdnadsforskning för att kunna beskriva vanliga problem inom ett område. Det kan ges en större tyngd om flera forskare har fått fram liknande upptäckter (ibid.). Inom ämnet vårdsökande kvinnor med akut kranskärslsjukdom, har det inte gjorts litteraturstudier sedan en tid tillbaka, trots ny forskning inom området. Det var således relevant att utföra en litteraturstudie för att kunna sammanställa resultaten inom området. En systematisk litteraturstudie inom ämnet skulle dock innebära att fler studier inkluderades och resultatet skulle därmed ge en större tyngd.

Att sätta upp en sökstrategi är viktigt för att på ett strukturerat sätt kunna söka vetenskapliga studier (Kristensson, 2014). Sökstrategin beskriver hur data ska sökas för att kunna besvara syftet och frågeställningarna som studien bygger på. Viktigt att veta är var sökningen ska utföras, med vilka sökord och vad som får ingå i materialet (ibid.).

Insamling av data gjordes från två olika databaser, PubMed och CINAHL. PubMed är en stor databas som är inriktad på medicin, omvårdnad och odontologi. CINAHL är en databas som täcker områden inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Forsberg & Wengström, 2008). PubMed och CINAHL var således relevanta för artikelsökningar i enlighet med studiens syfte och genom att använda två olika sökmotorer kunde sökområdet breddas.

Kristensson (2014) beskriver hur sökorden ska vara viktiga begrepp ur studiens syfte och de ska vara både sensitiva och specifika. Indexord som MeSH-termer ska helst användas och sökningar i fritext ska försöka att undvikas, då de gör att sökningen förlorar specificitet. Synonymer är även bra att använda för att öka sensitiviteten i sökningen (ibid.). Sökorden som användes i litteraturstudien var främst indexord, men till följd av att inte alla ord fanns i både CINAHL:s och PubMed:s thesaurus fick de justeras. Det innebar att olika sökord användes i de olika databaserna. Många träffar var dock samma i de båda databaserna, vilket

tyder på att sökningarna var likartade. Synonymer användes i hög utsträckning för att inte förlora relevant litteratur. Sökord som “gender” och “gender bias” användes för att även kunna belysa ett eventuellt genusperspektiv inom hjärtsjukvården utan resultat. Att information kring det ej fanns att tillgå kan bero på att forskning inom området saknas i dagsläget eller att det fanns en svaghet i de sökningar som utfördes.

Forsberg och Wengström (2008) beskriver hur både kvalitativ och kvantitativ forskning ingår i omvårdnadsforskning och att litteraturstudier således bör innehålla studier med båda typer av ansatser. En svaghet i studien kan därför vara att endast en inkluderad studie hade både en kvalitativ och en kvantitativ metod. De resterande åtta studierna var kvalitativa. Sökningen gav både kvalitativa och kvantitativa studier, men vid genomläsning av artiklarna ansågs det främst vara de kvalitativa studierna som svarade till litteraturstudiens syfte.

Tidsramen som användes motiverades med att så aktuella studier som möjligt skulle användas (Kristensson, 2014). Socialstyrelsen genomförde 1996 en utredning av hur jämställd vården i Sverige var där det framkom att könsspecifik kunskap saknades inom hjärtvården (Swahn, 2010). Socialstyrelsen följde upp utredningen 2004 och kom fram till att endast mindre framsteg hade gjorts mot att nå jämställdhet inom hjärtsjukvården (ibid.). Mycket av den forskning som finns inom området hjärtsjukvård och kvinnor gjordes på 2010-talet och därför sattes tidsramen till 2005–2017 för att få med aktuella och relevanta studier för föreliggande studies syfte.

Granskning av resultatet sker i flera steg vid en litteraturstudie enligt Kristensson (2014). När sökningarna gjorts granskas först titlarna på artiklarna och sedan läses de abstrakt som anses relevanta utifrån titel. Därefter läses artiklarna i fulltext för att bedöma relevans och slutligen görs en kvalitetsgranskning för att säkerställa att studierna har hög kvalitet och ett etiskt förhållningssätt (ibid.). Författarna läste alla artiklarna som valdes ut att läsas i fulltext individuellt. Det gjordes för att förebygga enskild tolkning utifrån egna föreställningar och förförståelse. Att kvalitetsgranska kvalitativa studier är en tolkningsprocess och därmed svårt att utföras objektivt. Författarna diskuterade hur bedömningen av kvalitet skulle genomföras, men det är en svårighet för två individer att bedöma fullständigt lika. Dock upptäcktes ett problem med en artikel under kodningen av resultatet, vilket medförde att ett gemensamt beslut togs om att den fick uteslutas från litteraturstudien. Att artikeln exkluderades berodde

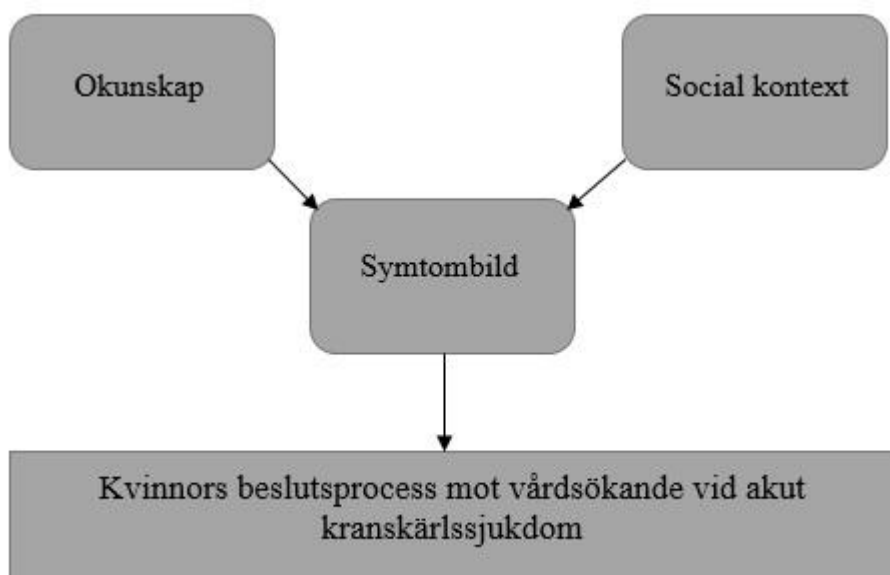
på att innehållet i artikeln inte svarade till det syfte som studieforskarna hade utformat. Kvaliteten på studierna ska därmed objektivt sett också vara god.

I litteraturstudien inkluderades nio studier, vilka alla svarade väl till studiens syfte. All relevant litteratur med god kvalitet har inkluderats från sökningarna. Studierna av Davies et al. (2013) och Gallagher et al. (2010) har enbart inkluderat nio, respektive tio studiedeltagare, vilket kan försvåra konkludering. Dock är det svårt att kunna sätta en gräns för hur många deltagare som krävs, eftersom mycket handlar om när forskarna upplever att de inte får ut flera nya aspekter under intervjuerna (Kristensson, 2014). Två studier av Gallagher et al. (2010) och Harralson (2007) använde ett bekvämlighetsurval när studiedeltagarna valdes ut. Kristensson (2014) beskriver hur ett bekvämlighetsurval kan ge en skevhet genom att variationen i urvalet inte blir stor, men det kan förebyggas genom att ta hänsyn till det och aktivt söka variation. Det var således viktigt att författarna hade den eventuella skevheten i åtanke under analys- och rapporteringsfasen. Studien av Lichtman et al. (2015) har valt att enbart undersöka unga kvinnors upplevelser av akut kranskärlssjukdom, vilket således skiljer sig från resterande inkluderade studier. Författarna ansåg dock att det ökar variationen på urvalet, vilket kan höja litteraturstudiens tillförlitlighet.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Efter analysen av studierna utförts kunde tre stora aspekter ses och antas påverka beslutsfattandet på flera sätt, se figur 2. En viktig del som visades var att kvinnor inte förstod att de kunde drabbas av akut kranskärlssjukdom och att de var i en riskgrupp (Davies et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Herning et al., 2010; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Okunskap kan påverka beslutsfattandet genom att en del kvinnor inte har insikt i att de besitter risk för att drabbas av hjärtinfarkt. Moser, McKinley, Dracup och Chung (2005) studerade män och kvinnor innan vårdsökande vid hjärtinfarkt och erhöll att få män och kvinnor ringde ambulans vid sina första symtom. Saknas kunskap om att det kan vara något allvarligt som drabbat individen, saknas även insikt om att sjukvård krävs och därmed försenas individens vårdsökande. Hur den sociala kontexten påverkade ett försenat vårdsökande var även ett viktigt fynd, vilket beskrevs i samtliga inkluderade artiklar (Davies et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Gyberg et al., 2016; Harralson, 2007; Herning et al., 2010; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turriss, 2010). Hur symtomen tolkades påverkade kvinnans

beslutsprocess kunde även styrkas i alla studiens inkluderade artiklar (ibid.). De tre aspekterna kan anses påverka varandra. Möjligen kan slutsatsen dras att okunskap påverkar hur kvinnor tolkar sina symtom och bildar sin symtombild. Martin et al. (2004) beskriver exempelvis hur kvinnor oftare blev förvånade när de fick diagnosen hjärtinfarkt, då de inte trodde sig kunna drabbas som kvinna. Kvinnor tolkade därmed sina symtom som främst gastrointestinala problem (ibid.). Om kvinnor enbart känner till bröstsmärtor som symtom för hjärtinfarkt eller tror att kvinnor endast får atypiska symtom, kan förståelsen av pågående symtombild komma att försvåras. Det kan även bli ett problem om det finns en bild av att hjärtinfarkt ger dramatiska förlopp. Kvinnan kan då förminska situationen och avvakta med att söka vård om enbart mindre symtom uppkommer. Social kontext kan påverka symtombilden. Att förminska symtom härstammar från att inte vilja oroa närstående, det vill säga social kontext, och därmed inte erkänna den allvarliga situationen för sig själv (Davies et al., 2013; Lichtman et al. 2015; Rosenfeld et al., 2005).



**Figur 2:** Samband mellan de olika faktorernas påverkan på beslutsfattandet

En vanligt förekommande orsak till försenat vårdsökande var att flera kvinnor i de inkluderade studierna inte var medvetna om att de upplevda symtomen kunde härstamma från akut kranskärslsjukdom (Gallagher et al., 2010; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Därmed kan svårigheter finnas att tolka symtomen rätt, då en tillräcklig kunskapsbas att basera symtombilden på saknas. Som Newman beskrev, ökar medvetandet och insikten med faktorer utifrån (Marchione, 1993),



vilket kan innebära att det krävs faktorer, från till exempel samhället och sjukvården, för att en ökad insikt och ett växande medvetande ska uppnås. Utan kunskapen blir det svårare att skapa de mönster som krävs för att komma till insikt med problemet och därmed få det växande medvetandet, att nå hälsa, som Marchione (1993) beskriver. Att det finns en kunskapsbrist kan möjligen härstamma från det faktum att hjärtinfarkt länge klassades som en manlig sjukdom och att det tidigare främst forskades på män (Swahn, 2010). Genom att genusmedicin blir ett större ämne inom den svenska sjukvården kan eventuellt den manliga normen som funnits suddas ut.

Antagandet att kvinnor har mindre kunskap än män, stöds inte av Løvlien, Schei och Hole (2008). De beskriver hur ingen skillnad kunde upptäckas mellan kvinnors och mäns kunskap om hjärtinfarkt vid insjuknandet (ibid.). Att en kunskapsbrist bidrar till ett försenat vård sökande, skulle därmed eventuellt kunna appliceras på både män och kvinnor. Det är dock ett antagande som kräver mer undersökning innan det kan verifieras. Mer information behöver trots allt nå ut till samhället kring kranskärslssjukdom för att minska försening vid vård sökande. För att vården ska kunna bli jämlik, ska samma information ges till alla. Information kan hjälpa både män och kvinnor att fatta mer informerade beslut när de upplever symtom.

Många kvinnor försökte tolka sina symtom för att kunna skapa ett mönster (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turrís, 2009), vilket kunde resultera i självdiagnostisering (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Gyberg et al., 2016; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Genom att symtommönster skapas kan symtomen sättas i ett sammanhang som innebar mindre allvarliga diagnoser och därmed lindra oro. Genom att mönster skapas ur symtombild och sammanhang kan handlingsalternativ uppstå enligt Newman (Marchione, 1993). Handlingsalternativen skulle kunna innebära att självmedicinering påbörjas utifrån självdiagnostiseringen eller att kontakt tas med sjukvården. Mönsterprocessen är dynamisk (Marchione, 1993), därmed kan handlingsalternativen komma att ändras efter hand som symtom tillkommer eller förvärras (Davis et al., 2013; Gyberg et al., 2016; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Turrís, 2009).

De kvinnor som snabbt kunde skapa korrekta mönster av sina symtom, och därmed förstod att symtomen var allvarliga, sökte vård tidigt (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Rosenfeld et al., 2005). Allvarliga konsekvenser kan minskas vid ett snabbt omhändertagande, vilket kräver att vård söks tidigt. Appliceras Newmans teori, kan kvinnor anses bekräfta symtomen och därmed tas val som leder till ett ökat medvetande. Ett ökat medvetande innebär hälsa för individen enligt Newman (Marchione, 1993). Det bekräftas av O'Keefe-McCarthy (2008) som förklarar hur tolkningen av symtom bidrar till ett försenat vårdsökande på så vis att kvinnor först vill sätta sina symtom i ett sammanhang och inom ett visst mönster.

Festingers (1962) kognitiva dissonansteori beskriver hur dissonansen mellan två alternativ minskas genom att tänka att valet man gjort är bättre än det som inte valdes. Likaså kan det appliceras på, och förklara, kvinnors självdiagnostisering. Exempelvis kan kvinnan bekräfta att symtomen är något allvarligt (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Rosenfeld et al., 2005) eller välja att associera symtomen till en bakomliggande orsak som sedan tidigare är känd för henne (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Harralson, 2007; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008). Väljer hon att associera symtomen med en för henne känd orsak, minskar dissonansen mellan det okända alternativet och det kända alternativet och på så sätt kan även kvinnans oro lindras, vilket även beskrivs av Herning et al. (2011) och Sjöström-Strand och Fridlund (2008).

Martin et al. (2004) beskriver att kvinnor i högre utsträckning har svårt att associera symtom till hjärtinfarkt. De bakomliggande anledningarna till att kvinnor har svårare att förstå, kan inte studiens resultat fastslå. Det är dock, som nämnts av Løvlien et al. (2008), inte säkert att det finns en skillnad i kunskap mellan män och kvinnor. Thuresson et al. (2007) beskriver även hur det var vanligare att kvinnor tolkade symtomen som ryggrelaterade än hjärtrelaterade. Således bör mer forskning läggas på varför vissa kvinnor inte har förmågan att koppla symtomen till hjärtinfarkt.

Många kvinnor valde att rådfråga en annan person innan de sökte vård (Davis et al., 2013; Gallagher et al., 2010; Gyberg et al., 2016; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turris, 2009). Genom att först ta kontakt med närstående förlängs tiden innan kontakt med vården tas. Rådfrågning skulle kunna minska förseningen genom att kvinnor uppmanades av en närstående att söka

sjukvård. Att kvinnor väljer att prata med en annan person skulle kunna förklaras som att förmågan att skapa mönster saknas. Närstående kan bidra till ett växande medvetande, uppnå hälsa (Marchione, 1993), hos kvinnan genom att delge egna erfarenheter och teorier. Martin et al. (2004) beskriver hur det var lika vanligt bland män och kvinnor att prata med en annan person och att be om råd innan sjukvård söks. Dock rådfrågar kvinnor oftare fler personer före vårdsökande jämfört med män (ibid.), vilket skulle kunna innebära ett förlängt vårdsökande för kvinnor.

Flera studier tog upp att försenat vårdsökande kunde böttna i en oro hos många kvinnor (Davis et al., 2013; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turriss, 2009). Oron kunde bero på att kvinnor inte ville vara till besvär för andra (Davis et al., 2013; Harralson, 2007; Herning et al., 2011; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008), en rädsla för att inte bli tagna på allvar och att då slösa på vårdens resurser (Lichtman et al., 2015; Rosenfeld et al., 2005; Sjöström-Strand & Fridlund, 2008; Turriss, 2009). En möjlig förklaringsmodell skulle kunna vara Festingers (1962) dissonansteori. En dissonans mellan vårdbehovet och risken att göras till åtlöje eller vara till besvär innebär en noga avvägning innan ett beslut om vilket alternativ som är väst för kvinnan kan tas. Moser et al. (2005) styrker fyndet att kvinnor väntar med att söka vård på grund av oro att vara till besvär. Det är dock inte ett fenomen som orsakar försening bland män (ibid.).

Flera kvinnor tvekade att söka vård till följd av att inte vilja förlora rollen som en självständig och kapabel kvinna (Gyberg et al., 2016; Turriss, 2009). Många kvinnor ville själva bestämma om vård skulle sökas för att inte förlora kontrollen över situationen (Rosenfeld et al., 2005) och önskade kunna fortsätta vara en bra mamma, fru och kollega och inte behöva bli omhändertagen av sin familj (Turriss, 2009). En möjlig förklaring till att vilja upprätthålla sin roll, skulle kunna beskrivas utifrån ett genusperspektiv. Alla människor möter dagligen budskap om hur individen ska vara för att vara en "riktig" man eller kvinna (Smirthwaite, 2014) och det kan därför vara svårt att bryta förväntningar när individen blir sjuk. Exempelvis skulle det kunna innebära att kvinnan har svårt att släppa rollen som moder eller hustru, genom att tillåta sig vara sjuk och söka vård, då hon riskerar att förlora rollen som en "riktig" kvinna. Antagandet skulle även kunna appliceras på mäns eventuella försenade vårdsökande. Moser et al. (2005) beskriver hur kvinnor har en föreställning om att betydelsen av deras

sociala åtaganden är stora och således åsidosätts deras hälsa, vilket inte är en betydande faktor för män.

Det finns en begränsning i att dra slutsatser utanför den undersökta populationen, eftersom studien enbart har studerat kvinnors beteende vid akut kranskärslsjukdom. Det går således inte att säga om det finns en könsskillnad i beteendet. Thuresson et al. (2007) har visat att det inte finns en tidsskillnad mellan män och kvinnor från symtombegynnelse till vårdsökande, medan Lefler (2002) har förklarat att tidsskillnad finns. Att försening finns hos kvinnor har dock kunnat fastslås i studien. Det är därmed väsentligt att vården och sjuksköterskan bidrar med en ökad insikt och ett växande medvetande för att eliminera förseningen och således minska konsekvenserna av hjärtinfarkt, både för kvinnor och män.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Studien har kunnat identifiera hur okunskap, svårigheter att förstå symtom, rollkonstruktion och sociala sammanhang påverkar kvinnor att vänta med att söka vård vid hjärtinfarkt. Okunskap leder till ett försenat vårdsökande genom att kvinnans insikt i att drabbas av hjärtinfarkt saknats. Att kvinnor har svårt att tolka symtom har varit en stor del av studiens resultat. En försening har härstammat i att kvinnor har försökt tolka in symtom i andra diagnoser och istället för att söka vård har egenvård utförts. Slutligen kan kvinnors sociala sammanhang påverka hur snabbt vård söks. Genom att ta hjälp av andra kan en försening både motverkas och skapas, beroende på de råd som ges till kvinnan. En försening kan även uppstå när kvinnor inte vill vara till besvär för sin familj, vänner och samhället.

Det är av vikt att förstå vilka bevekelsegrunder som påverkar män och kvinnor till ett försenat vårdsökande vid hjärtinfarkt för att kunna anpassa informationsspridning på ett optimalt sätt i samhället. Mer forskning behövs därför för att kunna beskriva både mäns och kvinnors bakomliggande orsaker till att vårdsökande försenas vid akut kranskärslsjukdom.

Sjuksköterskans roll är att förebygga ohälsa och därmed kan nytta dras av att förstå mäns och kvinnors bevekelsegrunder till att vänta med att söka vård vid hjärtinfarkt. Kunskap kan bidra till en högre medvetenhet bland befolkningen och minska hjärtinfarktens konsekvenser.

Sökningarnas resultat visar att studier med ett genusmedicinskt perspektiv saknas inom det undersökta området. Således kan forskning med ett genusmedicinskt perspektiv inom området vara av vikt för att kunna belysa skillnader eller undersöka om det fortfarande finns en manlig norm inom hjärtsjukvården.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Författarna har arbetat tillsammans under hela arbetets gång. Det har framförallt utförts gemensamt, för att få en försäkran på att data analyserats på liknande sätt. De tillfällen då arbetet har delats upp har fördelningen skett rättvist. Författarna har bidragit likvärdigt till litteraturstudien.

## Referenser

\* = artikel ingick i resultat.

- Dahlborg-Lyckhage, E., & Eriksson, H. (2010). I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- \* Davies, L. L., Mishel, M., Moser, D. K., Esposito, N., Lynn, M. R., & Schwartz, T. A. (2013). Thoughts and behaviours of women with symptoms of acute coronary syndrome. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 42(6), 428–435.
- Diaz, A. (2010). Hälsa, sjukvård och sociala orättvisor. I B. Wijma, G. Smirthwaite & E. Swahn (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Festinger, L. (1962). Cognitive Dissonance. *Scientific American*, 207(4), 93–106.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- \* Gallagher, R., Marshall, A. P., & Fisher, M. J. (2010). Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(6), 477–484.
- Garner, M. (2013). Bröstmärtor. I I. Wood & M. Garner (Red.), *Inledande omhändertagande av akut sjuka personer: en bok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- \* Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K. (2015). Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 670–677.
- \* Harralson, T. (2007). Factors influencing delay in seeking treatment for acute ischemic symptoms among lower income, urban women. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36(2), 96–104.

- \* Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B., & Lindhardt, T. (2011). Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 241–247.
- Hirdmann, Y. (1988). Genussystemet: reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 9(3), 49–63.
- James, S. (2011). Reperfusionsbehandling vid akut ST-höjningsinfarkt. I L. Wallentin, & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom*. Stockholm: Liber.
- Jensen, J. (2017). Invasiv behandling av koronarsjukdom - perkutan koronarintervention. I K. Schenk-Gustafsson & N. Johnston-Holmström (Red.), *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdom hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- Jortveit, J., Govatsmark, R. E., Langorgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., ... Halvorsen, S. (2016). Kjønnforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 136(14–15), 1215–1222.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lefler, L. (2002). The advanced practice nurse's role regarding women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(10), 449–456.
- \* Lichtman, J. H., Leifheit-Limson, E. C., Watanabe, E., Allen, N. B., Garavalia, B., Garavalia, L. S., ... Curry, L. A. (2015). Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(2), 31–38.
- Lindahl, B. (2011). Klinisk bild, intagningsindikationer, EKG och biokemiska markörer. I L. Wallentin & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom*. Stockholm: Libris.

- Lundberg, V. (2000). *Women versus men with myocardial infarction: sex differences in risk factors, management and outcome*. Umeå universitet: Umeå.
- Løvlien, M., Shei, B., & Hole, T. (2008). Myocardial infarction: psychosocial aspects, gender differences and impact on pre-hospital delay, *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 148–154.
- Marchione, J. (1993). *Margaret Newman: health as expanding consciousness*. Newbury Park, Calif.: SAGE Publications, Inc.
- Martin, R., Lemos, K., Rothrock, N., Bellman, S. B., Russell, D., Tripp-Reimer, T., ... Gordon, L. (2004). Gender disparities in common sense models of illness among myocardial infarction victims. *Health Psychology* 23(4), 345–353.
- Moser, D. K., McKinley, S., Dracup, K., & Chung, M. L. (2005). Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms, *Patient Education and Counseling*, 56(1), 45–54.
- Nguyen, H. L., Saczynski, J. S., Gore, J. M., & Goldberg, R. J. (2010). Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: A systematic review. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(1), 82–92.
- O'Keefe-McCarthy, S. (2008). Women's experiences of cardiac pain: A review of the literature. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 18–25.
- Olson, J. M., & Zanna, M. P. (1993). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 44, 117–154.
- Robertsson, E. (2013). *Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv: Konsekvenser i vården*. Hämtad 1 mars, 2017, från Vårdhandboken, <http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-genusperspektiv/Konsekvenser-i-varlden/>



- \* 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(4), 285–293.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2014). Etiska aspekter på åtgärder inom hälso- och sjukvården. Hämtad 24 november, 2017, från SBU, [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_etiska\\_aspekter.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_etiska_aspekter.pdf)
- Schenk-Gustafsson, K. (2003). *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdom hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- Schenk-Gustafsson, K., & Johnston-Holmström, N. (2017). Akut koronart syndrom. I K. Schenk-Gustafsson & N. Johnston-Holmström (Red.), *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdom hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 14 december, 2017, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 15 december, 2017, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 15 december, 2017, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 9 januari, 2018, från Riksdagen, [http://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](http://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

- \* 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), 1003–1010.
- Smirthwaite, G. (2010). Mellan biologism och diskursfundamentalism - om kön och genus i medicinen. I B. Wijma, G. Smirthwaite & E. Swahn (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Smirthwaite, G., Tengelin, E., & Borrmann, T. (2014). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård*. Hämtad 2 mars, 2017, från SKL, <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-052-8.pdf?issuosl=ignore>
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnummer 2015-10-4). Hämtad från, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om dödsorsaker år 2016*. (Artikelnummer 2017-9-10). Hämtad från, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20289/2016-8-3.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från, [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Swahn, E. (2010). Kön och genus inom hjärtvården. I B. Wijma, G. Smirthwaite & E. Swahn (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Tapio Neuwirth, E. (2013). *Kvinnors hjärtan: En skrift om hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor* [Broschyr]. Stockholm: Hjärt-Lungfonden. Hämtad från, [https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Tema\\_Kvinnorshj%C3%A4rtan\\_2013.pdf](https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Tema_Kvinnorshj%C3%A4rtan_2013.pdf)
- Thuresson, M., Berglin Järlöv, M., Lindahl, B., Svensson, L., Zedigh, C., & Herlitz, J. (2007). Thoughts, action, and factors associated with prehospital delay in patients with acute

coronary syndrome. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36(6), 398–409.

\* Turris, S. A. (2009). Women's decisions to seek treatment for the symptoms of potential cardiac illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 5–12.

Vetenskapsrådet. (2004). *Medicinsk genusforskning: teori och begreppsutveckling* [Broschyr]. Vetenskapsrådet: Stockholm. Hämtad från, [http://www.vr.se/download/18.208e25ff12f0d00a84d8000301/vr\\_2004\\_2.pdf](http://www.vr.se/download/18.208e25ff12f0d00a84d8000301/vr_2004_2.pdf)

Wallentin, L. (2011). Introduktion. I L. Wallentin & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom*. Stockholm: Libris.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2008). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 8 december, 2017, från WMA, <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2008.pdf>

## Bilaga 1

Författare/År/Titel/Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Davis, L.L., Mishel, M., Moser, D.K., Esposito, N., Lynn, M.R. &amp; Schwartz, T.A. (2013). Thoughts and behaviour of women with symptoms of acute coronary syndrome. <i>Heart &amp; Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i>.</p>	<p>Undersöka hur kvinnor upplevde och tolkade sina symtom och senare hur beslutet togs att söka vård.</p>	<p>Kvalitativ studie med grounded theory som forskningsmetod. Djupa, semi-strukturerade intervjuer med de nio kvinnliga deltagarna.</p>	<p>Alla deltagare gick igenom en process där de försökte förstå och tolka sina symtom, vilka lades till grund för senare vårdsökande. Det fanns två typer av grupper; de som förstod allvaret med sina symtom och de som hade svårigheter att tolka symtom och situation. Ingen av kvinnorna sökte vård direkt trots förståelse.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>
<p>Gallagher, R., Marshall, A.P. &amp; Fisher, M.J. (2010). Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time. <i>Heart &amp; Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i>.</p>	<p>Beskriva kvinnors erfarenheter av symtom och vårdsökande vid det första insjuknandet av akut koronart syndrom</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 10 kvinnor som genomgått sin första ACS. Kvinnornas berättelse om sina symtom och vårdsökande analyserades tematiskt</p>	<p>Kvinnorna beskrev flera orsaker till sent vårdsökande, bland annat otydliga prodromala symtom, stor spridning i upplevelsen av symtomen samt att de hade en låg risk att drabbas av koronarsjukdom.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>
<p>Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S. &amp; Falk, K. (2016). Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>.</p>	<p>Undersöka hur kvinnors erfarenheter påverkade och influerade beslutet till att söka vård vid akut kranskärlssjukdom.</p>	<p>Kvalitativ studie med grounded theory som forskningsmetod. Data samlades in från 17 kvinnor genom intervjuer. Datainsamling och analys skedde parallellt.</p>	<p>Kvinnorna försökte först tolka symtomen som normala förändringar. När de till slut valde att söka vård påverkade symtomen deras liv och normala aktiviteter. Symtomen kunde inte längre vara från de tidigare ofarliga förändringarna.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Harralson, T.L. (2007). Factors influencing delay in seeking treatment for acute ischemic symptoms among lower income, urban women. <i>Heart &amp; Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i>.</p>	<p>Undersöka vilka faktorer som fick kvinnor att söka vård senare vid akut kranskärlssjukdom.</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ studie. Både kvalitativa och kvantitativa data samlades in med strukturerade intervjuer. Genom bekvämlighetsurval valdes kvinnor ut och 48 kvinnor valde att delta.</p>	<p>Medeltiden för försening var 20,4 timmar. De faktorer som främst orsakade försening var ung ålder, sämre självskattad hälsa och tanken att hon inte kan drabbas av hjärtinfarkt.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>
<p>Herning, M., Hansen, P.R., Bygbjerg, B. &amp; Lindhardt, T. (2010). Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>.</p>	<p>Undersöka hur kvinnors tankar och handlingar påverkar dem att försena vårdsökande under den tid de upplever symtom vid STEMI.</p>	<p>En kvalitativ studie med fenomenologisk metod. Datasamling utfördes genom djupa, öppna intervjuer. I studien deltog 14 kvinnor.</p>	<p>De fenomen som uppkom och var väsentliga till att kvinnor väntade med att söka vård var; kunskap om kranskärlsjukdom och dess risker, inte behöva störa andra och handlingar som kan lindra symtomen.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Lichtman, J.H., Leifheit-Limson, E.C., Watanabe, E., Allen, N.B., Garavalia, B., Garavalia, L.S., Spertus, J.A., Krumholz, H.M. &amp; Curry, L.A. (2015). Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women with Acute Myocardial Infarction. <i>Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes</i>.</p>	<p>Upptäcka och beskriva faktorer som förklarade hur yngre kvinnor inte förstod sina symtom som kranskärlssjukdom och därmed leder till försenat vårdsökande.</p>	<p>En kvalitativ studie med grounded theory som metod. 30 kvinnor under 55 år med kranskärlsjukdom som krävt inläggning deltog i studien. De blev intervjuade och vid analys plockades teman och underteman ut.</p>	<p>Studien resulterade i fem teman, men enbart fyra teman låg till grund för att kvinnorna inte sökte vård. Atypiska symtom som de inte tolkade till hjärtsjukdom, inte förstod att de kunde bli sjuka i kranskärlssjukdom, de hade andra saker de prioriterade som arbete och familj och slutligen att de inte sökte preventiv vård och akut vård för att de inte ville till besvär.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Rosenfeld, A.G., Lindauer, A. &amp; Darney, B.G. (2005). Understanding Treatment-Seeking Delay in Women with Acute Myocardial Infarction: Description of Decision-Making Patterns. <i>American Journal of Critical Care</i>.</p>	<p>Att kvalitativt beskriva perioden från symtombegynnelse till beslutet att söka vård vid hjärtinfarkt. Samt att identifiera vanliga mönster relaterat till kognitiva, affektiva och beteendemässiga svar på symtomen.</p>	<p>En kvalitativ studie där 52 kvinnor genomgick semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna analyserades med hjälp av narrativ analys.</p>	<p>Sex vanliga teman för beteende kring beslutstiden identifierades. I fyra av ovanstående nämnda teman är kvinnorna medvetna om att det är en hjärtinfarkt men agerar på olika sätt: söka vård direkt, låta någon annan ta över beslutet, fatta beslutet på sina egna villkor, vänta. I de två andra temana förminskar patienten symtomen eller skapar en alternativ hypotes.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>
<p>Sjöström-Strand, A. &amp; Fridlund, B. (2008). Womens descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>.</p>	<p>Att utforska och beskriva kvinnors symtom och orsaker till försenat vårdsökande vid det första insjuknandet av hjärtinfarkt</p>	<p>Studien hade en explorativ och deskriptiv design. 19 kvinnor intervjuades 2–3 dagar efter inläggning på sjukhus.</p>	<p>Resultatet visade att kvinnorna hade svårigheter att tolka, förstå och koppla ihop symtomen med hjärtinfarkt. De försökte själv hantera obehaget och bröstsmärtan snarare än att söka professionell hjälp. Kvinnorna hade svårt att fatta ett slutgiltigt beslut.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Turris, S.A. (2009). Women's Decisions to Seek Treatment for the Symptoms of Potential Cardiac Illness. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>.</p>	<p>Beskriva den process som kvinnor går igenom vid symtom på kranskärlssjukdom. Hur tolkar de symtomen och hur tas beslutet att söka vård?</p>	<p>En kvalitativ studie med grounded theory som metod. 16 kvinnor deltog och blev intervjuade. Datainsamling och analys skedde parallellt.</p>	<p>De fann fyra teman kring hur processen till vårdsökande. Ett var upplevelsen av symtomen, hur kvinnorna mätte tiden under symtomen med hjälp av vardagliga perioder som "till lunch", kunskap från samhället som kan komma från olika medier eller närstående och till slut hur det sociala livet kan påverkas.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>

