



EXAMENSARBETE

Våren 2012

Sektionen för hälsa och samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 Hp

Insjuknande och vårdförlopp vid hjärtinfarkt - ett genusperspektiv

Författare

Sanna Bäck Reimerthi

Sandra Svensson

Handledare

Lena Wierup

Examinator

Ann-Christin Janlöv

Insjuknande och vårdförlopp vid hjärtinfarkt- ett genusperspektiv

Författare: Sanna Bäck Reimerthi och Sandra Svensson.

Handledare: Lena Wierup

Litteraturstudie

Datum: 2012-01-10

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor i Sverige. Trots att lika många kvinnor som män insjuknar förekommer stora skillnader vid insjuknande och behandling. **Syfte:** Att ur ett genusperspektiv beskriva likheter och skillnader i samband med insjuknande och vårdförlopp hos personer som drabbats av en hjärtinfarkt. **Metod:** Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie. Utifrån en litteratursökning valdes 12 artiklar, som svarade mot syftet. Artiklarna granskades enligt Röda Korsets Granskningsmall. **Resultat:** Flertalet artiklar påvisade att det fanns skillnader i symptom för män och kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt och att män sökte vård tidigare än kvinnor. Tre studier visade dock inga skillnader i symptom. Vår studie visar att män och kvinnor inte får samma bemötande eller behandling. **Diskussion:** Skillnad i symptom, okunskap hos både patient och sjukvårdspersonal om sjukdomsbilden samt synen på manligt och kvinnligt beteende var faktorer som bidrog till skillnader vid vård av hjärtinfarkt. Sjukvården i allmänhet och sjuksköterskan i synnerhet behöver bli medveten om och hur genus påverkar omvårdnaden. Alla patienter är unika och ska behandlas utifrån sina behov och villkor. **Slutsats:** Forskning behövs för att omvårdnad och behandling vid hjärtinfarkt ska kunna ske evidensbaserat till alla oavsett kön.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, genus, insjukna, symptom, bemötande, behandling

Onset, treatment and care processes in cases of myocardial infarction- a gender perspective

Authors: Sanna Bäck Reimerthi and Sandra Svensson.

Tutor: Lena Wierup

Literature study

Date 2012-01-10

Summary

Background: Cardio-vascular diseases are the main cause of death for both men and women in Sweden. Although as many women as men are diagnosed there are large differences in onset and treatment. **Aim:** The aim was to describe similarities and differences in onset, treatment and care of myocardial infarction from a gender perspective. **Method:** The study was performed as a literature study. Twelve articles that matched the aim for this study were chosen. The articles were analyzed according to the Red Cross analysis model. **Result:** The majority of the articles pointed out differences in indications for men and women who suffered a myocardial infarction. Men sought medical assistance at an earlier stage. Three studies, however, indicated that there were no gender differences in indications. Our study shows that men and women do not receive the same treatment. **Discussion:** Differences in indications, ignorance concerning symptoms in both patients and in nursing staff, and also preconceived ideas about male and female behaviour were elements that contributed to differences in treatment. The nursing staff generally need enhanced awareness of how gender affects care. **Conclusion:** More studies will be needed to ensure that both genders receive evidence-based care.

Keywords: Coronary, myocardial infarction, heart attack, gender, indications, onset, symptoms, treatment, care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	4
SYFTE	7
METOD	7
RESULTAT	9
Symptom vid insjuknande	9
Tidsperspektiv för vårdsökande.....	10
Vård och behandling.....	11
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	13
Slutsats.....	19
REFERENSER	20

Bilaga 1 Röda Korsets granskningsmall

Bilaga 2 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 3 Artikelöversikt

BAKGRUND

Det har framkommit att kvinnor och män inte får likvärdig vård då de drabbas av en hjärtinfarkt (Merlo, Rosvall, Lindström, Tegenrot, Ohlsson & Grahn, 2008). Varje år behandlas ca 27 000 personer för hjärtinfarkt i Sverige (Sjukvårdsrådgivningen 2010), och tillsammans med övriga hjärt- och kärlsjukdomar är det den vanligaste dödsorsaken i landet (Hedner, 2004). Tidigare har män löpt större risk än kvinnor att insjukna i hjärtinfarkt, men de senaste åren har andelen kvinnor med hjärtinfarkt ökat kraftigt, och idag drabbas kvinnor i lika stor utsträckning som män. Kvinnor insjuknar dock i genomsnitt ungefär fem-tio år senare än männen. Detta tros bero på att kvinnornas kärl och hjärtan skyddas av det kvinnliga könshormonet östrogen (Socialstyrelsen, 2008).

Symtom vid en hjärtinfarkt kan vara varierande mellan olika individer och en del skillnader kan vara könsrelaterade. De karakteristiska symtomen som till exempel intensiv retrosternal smärta i bröstet, ibland i kombination med smärta som strålar ut i vänster arm, kan förekomma hos både män och kvinnor (Wikström, 2006). Miller (2002) samt Chiaramonte och Friend (2006) visar dock i studier att kvinnor inte alltid drabbas av de ”klassiska” känningarna vid hjärtinfarkt. De klassiska symptomen för hjärtinfarkt är de symptom som män oftast får. Risken är därmed stor att kvinnans besvär misstolkas som mindre allvarliga, alternativt att det tar längre tid innan en pågående hjärtinfarkt upptäcks på grund av brist på dramatiska symptom. För att diagnostisera en hjärtinfarkt görs ofta ett EKG redan vid misstanke och även olika blodprov tas för att möjliggöra diagnostisering (Persson, 2009). EKG-förändringar kan dels visa en eventuell infarkts läge och utbredning och dels visa om det förekommer arytmier i hjärtat. Enbart EKG är dock inte alltid tillräckligt för att ställa diagnos. Skadade muskelceller avger enzymer i blodet och specifikt enzym för hjärtmuskelcellerna är Troponin som endast finns i hjärtats muskelceller. Genom blodprov kan man därmed säkerställa om en patient har hjärtinfarkt, medans EKG kan ge en fingervisning om var och hur stor infarkten är (Hedner, 2004).

Att insjukna i hjärtinfarkt är för de flesta människor förknippade med något farligt då det är en potentiellt dödlig sjukdom. I det akuta läget kan den drabbade personen därför uppleva stark oro eller panik. Både de kraftiga smärtorna i sig och okunskapen om vad som händer i

kroppen kan vara förenade med stark dödsångest (Haugland, Hansen & Areklett, 2004). Stresshormonerna i blodet ökar med höjt blodtryck och snabbare hjärtrytm som följd, vilket påverkar hjärtat negativt. Patienten har behov av ett tryggt och professionellt omhändertagande. Genom att sjuksköterskan hela tiden lugnt och enkelt berättar vad som pågår runt och med patienten, ökar möjligheterna för honom eller henne att kunna känna trygghet och förtroende för sjuksköterskan och övrig vårdpersonalen. Ett kunnigt och odramatiskt omhändertagande är nästan lika viktigt som medicinsk behandling (a.a).

Medicinsk behandling vid akut hjärtinfarkt påbörjas antingen prehospitalt i ambulansen eller på sjukhuset beroende på var hjärtinfarkten inträffat. Den primära insatsen är att öppna upp det tilltäppta kranskärl som är orsaken till infarkten, med hjälp av PCI (ballongvidgning) eller trombolys (propplösande läkemedel). PCI är att föredra då det innebär mindre risk för ny hjärtinfarkt eller stroke, samt sänker mortaliteten jämfört med trombolys (Socialstyrelsen, 2008). Tidig behandling ökar chansen för överlevnad då risken för plötslig död är störst under de första timmarna, hälften av dödsfallen inträffar inom de första två timmarna (Haugland et al. 2004).

Resultatet i en ännu opublicerad studie visar att tidigare uppmärksammade skillnader i behandlingen av män och kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt de senaste tio åren inte minskat. Sofia Lawesson, ansvarig forskare, kommenterar studien i Sveriges Radio (2011). I studien medverkar 30 000 personer och hypotesen var att könsskillnaderna inom vården skulle ha minskat, men resultatet visade att hypotesen inte stämde.

Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan arbeta med ett etiskt förhållningssätt samt utifrån mänskliga rättigheter. Det innebär bland annat att patienten har rätt till värdighet och att bemötas med respekt. Sjuksköterskan ska vidare ge god omvårdnad till alla oavsett hänsyn till kön, och även vårda utan genusrelaterade skillnader i vården (a.a).

Med begreppet kön menas ofta inom vården det biologiska könet som man föds med, det vill säga man eller kvinna, och vilka fysiologiska skillnader som kan uppstå. Genus är ett mer komplext begrepp och definieras här som det socialt och kulturellt skapade könet. Det handlar

om vad det innebär att vara man eller kvinna i samhället och om och hur det påverkar den professionella yrkesutövaren vid mötet med patienten (Öhman, 2009). Av de som insjuknar i hjärtinfarkt tar sig inte alla till akuten i första hand utan söker ibland först till primärvården. Av den anledningen används begreppet vårdförlopp som innefattar alla steg i vårdkedjan från första vårdkontakten tills hjärtinfarkten är behandlad.

Sjuksköterskor i allmänhet behöver bred kompetens med ökad kunskap om de eventuella genusrelaterade skillnader som kan finnas vid hjärtinfarkt för att kunna ge god omvårdnad till alla patienter utifrån ovanstående kompetensbeskrivning. Det är därför av intresse att undersöka vilka genusrelaterade skillnader i symptom och vård, som finns vid insjuknandet i hjärtinfarkt, då skillnaderna både kan bero på fysiologiska faktorer, men även på grund av traditioner och normer om vad som är manligt och kvinnligt (Öhman, 2009).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att ur ett genusperspektiv beskriva likheter och skillnader i samband med insjuknande och vårdförlopp hos personer som drabbats av en hjärtinfarkt.

METOD

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie vilket innebar att sökningar och en sammanställning av forskning inom ett utvalt område eller utifrån ett specifikt syfte gjordes (Forsberg & Wengström, 2003). Metoden valdes för att sammanställa aktuell forskning inom området. Till datainsamlingen söktes empiriska vetenskapliga studier i Cinahl, Science Direct och PsykINFO. Sökord som användes i databassökningarna var cardiac, heart attack, myocardial infarction, nurs*, care*, difference*, women, gender, gender equity, need*, experience*, coping, patient*, acute, treatment* och symptoms. Inga sökningar gjordes med ordet män, då nästan alla studier som hittades i huvudsak handlade om män. Vi använde oss av AND som boolesk operator. Genom att använda trunkering på vissa ord kom flera olika ändelser med och därmed ökades chanserna att hitta användbara studier (Backman, 2008). Inga mesh-termer användes.

Inklusionskriterierna var att studierna skulle vara på engelska, svenska, norska eller danska, samt att de inte skulle vara äldre än 10 år. Både kvalitativa och kvantitativa studier användes. För sökningarna i Cinahl och PsykInfo valdes peer-reviewed, och för att säkerställa övriga studiers vetenskapliga status användes Karolinska Institutets guide för vetenskaplig publicering (Hanson, 2010). De studier som exkluderades var de som var äldre än tio år, inte svarade mot syftet samt de studier som inte var primärkällor. De utvalda studiernas referenslistor granskades även för att eventuellt hitta ytterligare användbara studier med hjälp av manuell sökning. Inga studier som hittades via referenslistor kunde användas då de antingen inte svarade till syftet eller var för gamla.

Studierna som inkluderades var de som svarade mot syftet, oavsett vad resultatet visade. Alla utvalda studier genomlästes av båda författarna och de som svarade mot vårt syfte granskades efter Röda Korstes granskningsmall (Se bilaga 1). I granskningen studerades bland annat noggrannhet och trovärdighet i studierna samt att de var primärkällor, det vill säga inga litteraturstudier eller andrahandskällor användes till resultatet (Olsson & Sörensen, 2011). Ur våra sökningar fann vi 21 studier som vi efter en överblick ansåg var intressanta att granska ytterligare. Av de 21 studierna var det 12 stycken som svarade till vårt syfte och kunde användas i vår litteraturstudie. Sökschema sparades och bifogas (Se bilaga 2).

En artikelöversikt (Se bilaga 3) skapades som en sammanfattning av de utvalda studierna, där deras kvalitet utifrån ovan nämnda granskning värderades som Låg, Medel eller Hög. Kvalitetsvärderingarna motiverades i artikelöversikten och samtliga studier som granskats och svarade till vårt syfte togs med till resultatet då vi ansåg deras kvalité vara Medel eller Hög. Hjärtinfarkt kan ha flera olika namn beroende på var i hjärtat det inträffar och den engelska benämningen skiljde sig åt i de olika studierna. Vi har valt att bara använda ordet hjärtinfarkt som ett samlingsnamn.

Analys av kvantitativa artiklar gjordes efter frågor från Röda Korsets granskningsmall. Där framkom två starka teman som handlade om olikhet av symtom samt olika typer av behandling för män och kvinnor. Vid analysen av de kvalitativa artiklarna läste båda uppsatsförfattarna texterna var för sig och fann beskrivningar av känslor hos personer

som drabbats av hjärtinfarkt. Misstolkningar och okunskap om sjukdomsbilden vid hjärtinfarkt, oro för familjen, ansvar och plikt känslor gentemot familjen samt känsla av att inte bli trodd var de teman som framträdde vid en jämförelse av textanalyserna. Dessa teman sammanställdes med data från de kvantitativa artiklarna till de tre kategorierna som användes i resultatet; Symptom vid insjuknande, Tidsperspektiv för vårdsökande samt Vård och behandling.

Etiska överväganden

Vi kontrollerade att författarna till de studier som valdes hade gjort noggranna överväganden ur ett etiskt perspektiv, det vill säga utifrån principerna att göra gott, inte skada, rätten till autonomi samt rättvis principen (SBU, 2011). Det var viktigt att deltagarna i de studier som användes hade fått information om vad studien skulle användas till, att de kunde vara anonyma samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas om deltagaren så önskade (Forsberg & Wengström, 2003). För att denna litteraturstudie inte ska uppfattas som kränkande eller vinklad av andra som läser den, har vi försökt undvika att lägga några personliga värderingar i den data vi fann och beskrev. Alla artiklar som svarade mot syftet finns med i resultatet, det vill säga oavsett om det stämde med vår förförståelse eller inte.

RESULTAT

Symptom vid insjuknande

Att det fanns skillnader i symptom för män och kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt uppmärksammades av flera forskare (Løvlien, Schei & Hole, 2008, Galdas, Johnson, Percy & Ratner, 2010 och Løvlien, 2001). De klassiska symptomen vid hjärtinfarkt drabbade ofta män och ansågs därmed vara manliga symptom inom sjukvården (Galdas et al., 2010). I studier av Omran och Al-Hassan (2006) samt Isaksson (2011) framkom dock det motsatta. Resultaten i deras studier visade att det vanligaste symptomet hos både män och kvinnor som sökt vård vid en hjärtinfarkt, var bröstsmärtor.

Likaså framhöll DeVon, Ryan, Ochs & Shapiro (2008) att män och kvinnor vid hjärtinfarkt drabbats av likadana symptom samt att smärtorna hos personer som drabbats av en hjärtinfarkt var lokaliserade på liknande ställen hos både män och kvinnor. Det framkom också att ovanlig trötthet och andnöd var vanliga symptom hos båda könen. Dock framkom att kvinnor upplevt hjärtklappning, illamående och domningar i större utsträckning än män. I samma studie framkom det även att det fanns skillnader av symptom beroende på vilken typ av infarkt personen drabbats av. Vid en ST-höjninginfarkt upplevde män oftare yrsel än kvinnorna, medan kvinnor vid en ST-sänkninginfarkt kände sig svaga och drabbades av plötslig hosta i större utsträckning än männen.

I Løvliens (2001) studie framkom att kvinnor sällan upplevde de klassiska symptomen vid en hjärtinfarkt, och att ingen av kvinnorna i studien trodde att deras symptom kom från hjärtat. De flesta uppgav först att de inte haft några problem med hjärtat innan, men senare under intervjun framkom det att de haft känningar under de senaste åren men inte förstått att det hade samband med hjärtat. Någon trodde att det var smärta från spända muskler i ryggen, en annan hade ofta ont i armar och hade därför vant sig vid att ha ont. En tredje kvinna hade ofta fått en svidande punkt i bröstet vid ansträngning som tvingade henne att stanna upp och ta igen sig, men hon hade inte kopplat samman dessa symptom med hjärtproblem. En kvinna berättade att hon trodde att smärta vid hjärtinfarkt skulle kännas mycket värre än vad hon känt, så hon tyckte helt enkelt inte att det gjorde tillräckligt ont för att vara något allvarligt. Endast en av kvinnorna hade misstänkt att hon led av hjärtproblem redan ett halvår innan hjärtinfarkten men fått det avfärdat av en läkare när hon sökte vård för det. (a.a.)

Män insjuknade oftare i hjärtinfarkt vid ansträngning medan kvinnor däremot drabbades i samband med att de upplevt ångest eller oro (DeVon et al., 2008). Det framkom i en annan studie att hälften av de kvinnor och män som drabbats av en hjärtinfarkt hade upplevt en större livshändelse året innan de drabbats (Løvlien et al., 2008).

Tidsperspektiv för vårdsökande

Flera studier (Løvlien, 2001; Galdas et al., 2010; Omran & Al-Hassan, 2006) visade att kvinnor sökte vård senare än män i samband med att de drabbats av en hjärtinfarkt.

Kvinnor väntade nästan dubbelt så länge innan de sökte vård jämfört med män och det var skillnader i symptom som påverkade tiden innan de som drabbats av en hjärtinfarkt sökte vård (Galdas et al., 2010; Omran & Al-Hassan, 2006). I en studie av Isaksson (2011) framkom att kvinnor avvaktade med att söka vård längre än män vid en hjärtinfarkt, dock gällde detta enbart personer över 65 år. Under 65 år sågs ingen könsskillnad i tid från symptom till vårdsökande. Detta resultat skiljer sig därmed från Løvliens studie där enbart kvinnor under 65 år ingick och där resultatet visade att kvinnorna dröjde med att söka vård.

Det konstaterades även att det fanns förutfattade meningar om vad som är typiskt manligt och kvinnligt beteende när det gäller att söka vård vid sjukdom. Kvinnor som insjuknat i hjärtinfarkt och som inte upplevt de klassiska symptomen, kunde inte förstå att det var en hjärtinfarkt de drabbats av (Galdas et al., 2010). De kunde då inte heller förstå allvaret i situationen och de flesta av kvinnorna hade väntat mer än en dag (ibland 2-3 dagar) på att söka professionell vård vid hjärtinfarkten (Løvlien, 2001).

Enligt Løvlien (2001) kände kvinnorna ett omvårdnadsansvar gentemot familjen. Trots svåra smärtor försökte de genomföra husliga sysslor och de värderade sina smärtor gentemot sitt ansvarstagande och rollförväntningarna att en kvinna inte är sjuk. Kvinnorna satte andras behov före sitt egna, och ville inte oro sina barn. Trots att de flesta av kvinnorna i studien hade haft flera nära anhöriga som dött i hjärtinfarkt hade ingen av dem en tanke på att det kunde finnas genetiska risker för dem. De såg det inte som en hälsorisk då de ansåg hjärtinfarkt vara en manlig sjukdom. Kvinnorna hade inte så stor kunskap om hjärtinfarkter utan hade betydligt mer kunskap om till exempel bröstcancer som de ansåg vara en kvinnlig sjukdom. En kvinna på 55 år visste att risken att drabbas av en hjärtinfarkt fanns men hon trodde inte att hon skulle insjukna förrän om 20-30 år, inte medan hon var så pass ung. Kvinnornas anhöriga och andra personer i deras närmsta omgivning tryckte inte heller på för att de skulle söka vård, vilket kan förklaras med att kvinnorna dolde hur sjuka de egentligen var (a.a.).

Vård och behandling

Det förekommer skillnader vid vårdkontakten när kvinnor och män som drabbas av hjärtinfarkt söker vård (Løvlien, 2001; Bönnte, von dem Knesebeck, Siegrist, Marceau, Link,

Adams och McKinlay, 2008). Kvinnor som sökte vård för samma symptom som män fick mindre uppmärksamhet och färre frågor ställda av läkaren (Bönte et al., 2008).

Trots flera riskfaktorer hos kvinnorna förstod inte läkarna vid vårdkontakten allvaret i situationen eftersom kvinnorna i stor utsträckning själva bagatelliserade sina symptom i samtal med läkaren. Många av kvinnorna upplevde det svårt att kommunicera med läkaren och beskrev att det kändes som om de inte talade samma språk. Eftersom läkaren dessutom var van vid sjukhusmiljön och befann sig på hemmaplan hamnade han/hon automatiskt i ett psykologiskt överläge gentemot patienten. Denna maktaspekt i interaktionen mellan läkare och patient gjorde kvinnorna osäkra och ångestfyllda vilket gjorde det ännu svårare för dem att uttrycka sig (Løvlien, 2001).

Kvinnor fick även mer sällan en diagnos ställd än män. De gånger en diagnos ställdes tog det längre tid innan diagnosen ställdes för kvinnor (Bönte et al., 2008). I studien av Løvlien (2001) framkommer att flera av kvinnorna uppgett att de fick uppsöka läkare upprepade gånger för att bli tagna på allvar för sina symptom. De upplevde en känsla av att behöva ”förhandla” med läkaren för att få hjälp. Detta förekom inte i samma utsträckning hos män.

Flera studier (Bird, Fremont, Bierman, Wickstrom, Shah, Rector, Horstman & Escarce, 2007; Omran & Al-Hassan, 2006; Jonsson, Schmidt, Sparring & Tomson, 2006; Perelman, Mateus & Frenandes, 2010) visade skillnader i behandlingen av män och kvinnor. Till exempel hade kvinnor lägre chans att få genomgå en kranskärlsröntgen eller ballongvidning. Olikheter uppvisades även vid andra behandlingar som är vanliga vid hjärtinfarkt. Kvinnor fick mer sällan genomgå trombolys och ordinerades mer sällan nitroglycerinpreparat (Omran & Al-Hassan, 2006). De behandlades inte heller med acetylsalicylsyra eller beta-blockerare i samma utsträckning som män (Correa-de-Araujo, Stevens, Moy, Nilasena, Chesley & McDermott, 2005).

Män med högre social status fick oftare genomgå en bypass-operation vid hjärtinfarkt, än män med lägre social status. Däremot fanns inte några skillnader i behandling mellan kvinnor i olika samhällsklasser (Jonsson et al. 2006).

I en studie av Asadi-Lari, Packham och Gray (2005) framkom att kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt ofta levde ensamma och hade ett större vårdbehov än män. Män levde oftare ihop med någon. Kvinnorna oroade sig framförallt över fysisk hjälp i form av städning och behövde i större utsträckning hjälp vid resor till och från sjukhuset. Kvinnorna var överlag även mer missnöjda med vårdvinstelsen. Däremot framkom det inte någon skillnad mellan könen när det gällde behov av övergripande information, sociala behov eller inom det medicinska området. När det gällde patienter >65 år, hade både män och kvinnor ett större behov av information än yngre patienter. Både män och kvinnor ansåg att tillgång till social kontakt, som vänner och familj, förkortade vårdvinstelsen (a.a.).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att få resultat med medverkande personer från olika delar av världen valde vi att genomföra en allmän litteraturstudie där andras redan genomförda studier granskades (Backman, 2008). Eftersom syftet med litteraturstudien var att få fram likheter och skillnader mellan kvinnor och män, både vad det gällde upplevelser av och behandling vid en hjärtinfarkt, användes både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Detta styrker vårt resultat då det kom fram resultat på både mätbar data samt beskrivningar av patienters personliga upplevelser av att drabbas av en hjärtinfarkt, vilket rekommenderas av Forsberg och Wengström (2008).

En styrka med litteraturstudien är att sökningarna genomfördes i tre olika databaser; Cinahl, Science Direct och PsykINFO. Genom att söka i flera databaser ökas möjligheten för en mer heltäckande sökning (Backman, 2008). Många av studierna återkom i alla tre databaser, oavsett vilka sökord som användes och därför är det osäkert om det hade hjälpt att söka i ytterligare databaser. Däremot hade andra sökord som till exempel *genusmedicin* eventuellt kunnat ge fler träffar i databaserna. Sökningar gjordes även i PubMed på en specifik forskare Karin Schench – Gustafsson, överläkare på Karolinska sjukhuset samt professor i genusmedicin. Hon har skrivit flera böcker om skillnader mellan män och kvinnor vid

hjärtsjukdom och hennes namn dök upp som författare på flera artiklar vid några av sökningarna. Dessvärre inriktades hennes material på könsskillnader och svarade därmed inte till syftet i litteraturstudien.

De studier som hittades var på engelska och norska. I vissa av sökningarna gjordes begränsningar när det gällde språk, men eftersom det även genomfördes flera sökningar som innefattade alla språk har inga studier uteslutits på grund av språkliga begränsningar. Språket i de vetenskapliga studierna var på engelska och norska som inte är vårt modersmål, men vi har använt uppslagsverk för att få en sådan korrekt översättning som möjligt. En svaghet som dock bör nämnas är att risken finns att vårt resultat kan ha påverkats på grund av felaktiga översättningar eller missuppfattning av statistik i de olika studierna. Vidare granskade vi referenslistorna i de studier vi hittade vilket enligt Patel & Davidsson (2003) är bra sätt kunna finna ytterligare studier att använda i den egna studiens resultat. Detta gav oss tyvärr inget nytt att arbeta med då de studier vi fann som svarade mot syftet var för gamla, det vill säga över tio år.

I denna litteraturstudie har vi varit två författare som har deltagit i analysen av artiklarna. Detta har inneburit en styrka för studien då vi kunnat diskutera artiklarna tillsammans och om något varit oklart eller om språket varit svårt har vi haft någon att rådgöra med. Möjligheten att kunna diskutera och bolla idéer under arbetets gång stärker kvalitén på studien (Ejvegård, 1993). Om andra skulle genomföra studien igen tror vi att de antagligen kommer att få ett liknande resultat, men dock finns möjligheten att analyser och tolkningar skulle bli annorlunda beroende på eventuell förförståelse hos de författarna.

Vi hade en förförståelse om att det fanns skillnader vid symptom och behandling hos män och kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt. Vi fann ett par studier som även påvisade likheter i symptom, men vi blev ändå förvånade över att det fanns så pass stora och allvarliga skillnader som vårt resultat visar. Förförståelsen kan ses som en svaghet för litteraturstudien men då vi har tagit med alla artiklar som svarade mot syftet oavsett vad deras resultat visade stärker det studiens trovärdighet, vilket rekommenderas av Ejvegård (1993). Vår tanke innan vi började skriva var att alla studier skulle få ta lika stor plats i resultatet men så blev tyvärr inte fallet.

Det visade sig att det i vissa av studierna bara fanns lite som svarade mot vårt syfte medan det i andra fanns väldigt mycket. Detta är en orsak till att Løvlien (2001) är mer representerad. De studier som använts i vårt resultat har genomförts på sjukhusens vårdavdelningar där hjärtpatienter behandlas, men även hos husläkare eller akutmottagningar där patienter med hjärtbesvär tar sin första vårdkontakt. Vi bedömer vår studie som överförbar på andra liknande sjukdomar ur genusperspektiv som till exempel hjärtsvikt.

I alla studier, utom en, som använts till vår litteraturstudie deltar både män och kvinnor. I Løvlien (2001) deltar endast kvinnor. I nästan alla studier är det dock fler män än kvinnor som deltar. En förklaring till detta kan vara att hjärtinfarkt tidigare varit vanligare bland män och att det inte är förrän på senare år som det har blivit lika vanligt hos kvinnor (Socialstyrelsen, 2008). Flera av de studier som använts har fokus på kvinnorna. En förklaring till detta kan vara att de fokuserar på det som avviker från det ”klassiska och normala” i symptom och behandling. I detta fall är det kvinnorna som avviker och alltså blir det mer fokus på dem.

De använda studierna representerar sju olika länder och därigenom flera olika kulturer. De länder som är representerade är Portugal, USA, Kanada, Storbritannien, Norge, Jordanien och Sverige. Detta styrker att vårt resultat belyser ett problem som finns i flera olika länder och även på olika kontinenter, vilket gör resultatet mer överförbart. Det indikerar enligt författarna till denna litteraturstudie även på behovet av mer forskning inom området hjärtinfarkt hos både män och kvinnor.

Den vanligaste åldersgruppen i de granskade studierna är personer i medelåldern, då de flesta som insjuknar i hjärtinfarkt är i denna ålder. Flera av studierna hade dock en annan åldersbegränsning, Devon, Ryan, Ochs & Shapiro (2008) hade till exempel deltagare från 21 år och uppåt. En annan studie hade åldersbegränsningar 20-70 år (Omran & Al-Hassan, 2006). En tredje (Asadi-Lari, Packham & Gray, 2005) hade deltagare i åldrar 31-93 år. Varken demenssjuka personer eller personer med psykisk ohälsa är representerade i studierna och därmed inte heller i vår litteraturstudie.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att ur ett genusperspektiv beskriva likheter och skillnader i samband med insjuknande och vårdförlopp hos personer som drabbats av en hjärtinfarkt. Resultatet visade att det finns skillnader som till exempel olika förväntningar på manligt och kvinnligt beteende vid sjukdom. Även skillnader av symptom som är av mer fysiologisk karaktär framkom. Skillnader i symptom är könsrelaterade, men då det i så stor utsträckning bidrar till de genusrelaterade skillnaderna i form av misstro från läkarna och olika behandling valdes detta att ta med i resultatet för att få ett bättre helhetsintryck.

Resultatet visade att kvinnor söker vård senare än män då de drabbas av en hjärtinfarkt och deras omvårdnadsansvar gentemot familjen var en orsak till detta. Trots svåra smärtor väntade kvinnor med att söka vård då de satte familjens behov framför sina egna. Bristande kunskap om sjukdomsbilden vid hjärtinfarkt och vilka symptom som kan uppträda bidrog också till att tiden från första symptom till att hjälp söks förlängdes. Flera studier i resultatet visade att kvinnor sökte vård betydligt senare än män vid hjärtinfarkt, och att det i de flesta fall berodde på bristande kunskap om hjärtinfarkt och dess symptom (Løvlien, 2001; Galdas et al., 2010; Omran & Al-Hassan, 2006). Detta styrks av ytterligare en studie där endast var 14 av 52 deltagande kvinnor som självmant hade sökt hjälp inom en timma efter symptomdebut. Trots att hälften av kvinnor som drabbats av allvarliga symptom insåg att de var allvarligt sjuka var det bara ett fåtal som misstänkte hjärtinfarkt. Några misstog sina problem för gastrointestinala problem och försökte således behandla sig själva hemma (Rosenfeld, Lindauer & Darney 2005). De flesta kvinnor ville inte skapa besvär för sin omgivning och det i kombination med en stark plikt känsla gentemot familjen gjorde att de drabbade kvinnorna dröjde med att söka vård (Løvlien 2001). Om kvinnor vid symptom från hjärtat först måste ordna för familjen och därför väntar med att söka vård, kan det vara svårare för läkaren att ta kvinnans symptom på samma allvar som hos mannen som sökte akut vid första symptom. Ur ett genusperspektiv kan sjuksköterskan stötta kvinnor och deras familjer genom att på olika sätt informera om hjärtinfarkt. Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ingår det i sjuksköterskans yrkesroll att utbilda såväl patient, anhöriga och annan personal. Informationen kan vara muntlig eller skriftlig och ges allmänt på förslagsvis en vårdcentral, men framförallt som en preventiv åtgärd till diabetiker, rökare eller personer med

hypertoni eller hyperlipidemi som är riskgrupper när det gäller att drabbas av hjärtinfarkt (Haugland et al. 2004). Genom patient- och personalutbildning kan kunskapen om olika symptom och vikten av att söka hjälp i tid öka.

I resultatet framkom även att kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt mer sällan får en diagnos ställd än män. I de fall där diagnosen ställs tar det ofta längre tid för kvinnor att få diagnos jämfört med män (Bönte et al., 2008). Problematiken startar redan vid insjuknandet i hjärtinfarkt då män och kvinnor som tidigare nämnts oftast inte får samma symptom. Kvinnorna upplevde mer sällan de klassiska symptomen vid hjärtinfarkt. Detta leder till att kvinnorna blir svårare att diagnostisera och vilket även kan leda till fördröjd behandling. Dessa genusrelaterade olikheter förekommer även inom andra hjärtsjukdomar. I en studie om skillnader i diagnostik och behandling av patienter med hjärtsvikt visade resultatet att männen även här fick en mer omfattande undersökning än kvinnorna. Dubbelt så många av männen jämfört med kvinnorna fick sin diagnos baserad på ekokardiografi (EKO) (Agvall & Dahlström, 2001). Som ett led i problematiken med diagnostik vid hjärtinfarkt har man i ett försök hos SOS alarm låtit datorer ställa diagnos för patienter med akuta bröstsmärtor. Frågor ställdes enligt ett frågeformulär. Resultatet visade att datorn gjorde färre misstag än de mänskliga operatörerna i diagnos och prioritering (Forslind, 2010). Hjärtinfarkt är ett livshotande tillstånd och tidig diagnos krävs för att minimera skadorna på hjärtat och öka chanserna för överlevnad. Om Forslinds (2010) studie blir verklighet borde det kunna resultera i att symptomen tas på allvar hos både män och kvinnor som kan leda till tidigare diagnos vid hjärtinfarkt hos båda könen. Det är av yttersta vikt att sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal är medveten om förekomsten av diffusa symptom vid hjärtinfarkt för att korrekt diagnos ska kunna ställas så fort som möjligt.

I resultatet framkom också att män och kvinnor som sökte läkarvård för symptom vid hjärtinfarkt inte bemöttes på samma sätt av läkaren (Bönte et al., 2008). Trots att kvinnorna ibland sökte för liknande symptom som män fick de inte samma uppmärksamhet av läkaren och inte heller lika många frågor av läkaren (a.a). I resultatet framkom också att kvinnorna upplevde att de behövde förhandla med läkaren för att få vård (Løvlien, 2001). Det finns ofta förutfattade meningar hos vårdpersonal om att män och kvinnor vill bli bemötta på olika sätt. Vårdpersonalen kanske förväntar sig att reaktioner och uppförande hos patienterna ska följa

ett typiskt kvinnligt eller manligt beteende (Risberg, 2004). Genusperspektivet här är hur bilden av manligt och kvinnligt ser ut och påverkas av bland annat könsmaktordningen i samhället. Detta förs med in i det professionella yrkesutövandet inom vården och kan påverka hur vårdpersonal bemöter kvinnor och män olika. Som sjuksköterska är det av största vikt att vara medveten om problematiken och hela tiden fundera över hur det professionella yrkesutövandet påverkas av både attityder i samhället och individuella förförståelser (Ekstrand, 2010). Utifrån denna insikt kan sjuksköterskan inspireras av Katie Eriksson (1996) som i sin omvårdnadsteori beskriver att varje patient ska respekteras och behandlas som en enskild individ. Enligt Eriksson är människan uppbyggd av tre plan; kropp, själ och ande. För att en människa ska kunna må bra och uppleva hälsa krävs att dessa tre är i harmoni med varandra. Att uppleva hälsa är något som är relativt och upplevs olika från person till person, vilket innebär att sjuksköterskan bör vara lyhörd för varje enskild patients behov för att patienten ska kunna må så bra som det är möjligt. Hälsa innebär enligt Eriksson (1996) en känsla av välbefinnande och man kan uppleva hälsa trots sjukdom menar Eriksson. En förutsättning både för att uppleva hälsa och för att kunna vårda är tro, hopp och kärlek (a.a). Som sjuksköterska är det alltså viktigt att tillgodose patientens behov genom att lyssna och bekräfta patienten på alla tre planen. Trots att män och kvinnor enligt resultatet söker vård i olika skeden av sjukdomsförloppet menar vi att de har rätt att bli bemötta med respekt och att vårdpersonalen tar dem på allvar.

Resultatet visade att kvinnor och män som drabbats av en hjärtinfarkt inte får samma vård. Män behandlades med nya metoder och fick även behandling i ett tidigare skede än vad kvinnor fick. Som vi tidigare nämnt i resultatet fick kvinnor och män inte samma möjligheter till vård då de drabbades av en hjärtinfarkt (Bird et al., 2007; Omran & Al-Hassan, 2006; Jonsson et al., 2006; Perelman et al., 2010). Kvinnor hade lägre chans än män att få genomgå kranskärlsröntgen eller ballongvidgning då de drabbades av en hjärtinfarkt. Kvinnor som deltog i de olika studierna tenderade till att få mer konservativ behandling vid hjärtinfarkt jämfört med män (Omran & Al-Hassan, 2006). Liknande skillnader i vård och behandling, som framkommer i vårt resultat, fanns även mellan män och kvinnor vid behandling av hjärtsvikt. En studie visar att kvinnor med hjärtsvikt oftare fick konservativ behandling i form av diuretika och digitalis. Männerna med hjärtsvikt behandlades däremot med modernare

behandling i form av ACE-hämmare, samt med högre doser (Agvall & Dahlström, 2001). Det finns alltså genuskillnader vid vård och behandling även vid andra hjärtsjukdomar.

Alla oavsett kön eller social bakgrund har rätt till vård på lika villkor. Eriksson (1995) beskriver vårdandet i tre olika steg; ansa, leka och lära. Ansa betyder att bry sig om eller att ta hand om som är en viktig del i sjuksköterskans arbete. Detta knyts samman med tro hopp och kärlek som nämndes tidigare. Genom att leka gör man patienten delaktig i vården, vilket är viktigt oavsett vilken sjukdom patienten drabbats av. Att lära handlar om kunskap. Sjuksköterskan blir aldrig fullärd inom sitt yrke utan behöver ständigt söka ny kunskap, liksom människan fortsätter sjuksköterskan att utvecklas hela livet (a.a.)

Slutsats

Genusrelaterade frågor behöver tas upp och medvetandegöras inom alla vårdinrättningar så att inte patienter särbehandlas på grund av vårdpersonalens inställningar och attityder. Vidare behövs ytterligare forskning för att få bredare kunskap om de fysiologiska olikheterna mellan män och kvinnor vid hjärtinfarkt. Ur ett genusperspektiv spelar det stor roll hur viktigt det anses vara med forskning som innefattar båda könen för att omvårdnad och behandling ska kunna bedrivas utifrån individuella behov. Sjuksköterskor på olika vårdenheter bör vara uppdaterade och följa forskningsutvecklingen för att på så sätt kunna hjälpa sina patienter på bästa sätt. En kompetent påläst sjuksköterska uppmärksammar kanske en kvinnas symptom på hjärtinfarkt i ett tidigare skede, men då det kan vara skillnaden mellan liv och död behöver kunskapen även spridas till patienter och deras anhöriga för att vård ska sökas så snabbt som möjligt.

REFERENSER

Agvall, B. & Dahlström, U. (2001). Patients in primary health care diagnosed and treated as heart failure, with special reference to gender Differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19, 14–19.

Asadi- Lari, M., Packham, C. & Gray, D. (2005) Gender difference in health-related needs and quality of life in patients with acute chest pain. *The British Journal of Cardiology*, 12 (6), 459-464.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2., uppdaterade [och utök.]. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bird, C. E., Fremont, A. M., Bierman, A. S., Wickstrom, S., Shah, M., Rector, T. & Horstman, T. (2007). Does quality of care for cardiovascular disease and diabetes differ by gender for enrollees in managed care plans? *Women's Health Issues*, 17, 131–138.

Bönthe, M., von dem Knesebeck, O., Siergrist, J., Marceau, L., Arber, S., Adams, A. & Mc Kinley, J. (2008). Women and men with coronary heart disease in three countries: Are they treated differently? *Women's Health issues* 18 (2008), 191-198.

Chiaramonte, G. R. & Friend, R. (2006). Medical Students' and Residents' Gender Bias in the Diagnosis, Treatment, and Interpretation of Coronary Heart Disease Symptoms. *Health Psychology*, 25 (3), 255–266.

Correa-de-Araujo, R., Stevens, B., Moy, E., Nilasena, D., Chesley, F. and McDermott, K. (2005). Gender differences across racial and ethnic groups in the quality of care for acute myocardial infarction and heart failure associated with comorbidities. *Women's Health Issues* 16, 44–55.

DeVon, H. A., Ryan, C. J., Ochs, A. L. Shapiro, M. (2008). Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *American Journal of Critical Care* 17(1), 14-24.

Ejvegård, R. (1993). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Ekstrand, P. (2010). Genus- och mångfaldsperspektiv i hälso- och sjukvården. I: Bentling, S. & Jonsson, B. (red), *Vårdpedagogiska utmaningar* (156-185). Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Göteborg: Liber.

Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Forslind, E. (2010) Fler kan överleva hjärtinfarkt om datorn ställer diagnosen. *Vårdfokus*.

Hämtad 2011-12-15 från

<https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/12/Fler-kan-overleva-hjartinfarkt-om-datorn-staller-diagnosen-i-stallet-for-larmoperatoren/>

Galdas, P., Johnson, J., Percy, M. & Ratner, P. (2010). Helpseeking for cardiac symptoms: Beyond the masculine and feminine binary. *Social Science and Medicine* 71 (2010), 18-24.

Hanson, U. Ch. (2010). *Är artikeln vetenskaplig?* Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket.

Hämtad 2011-11-28 från: <http://kib.ki.se/node/9562>

Haugland, T., Hansen, I. & Areklett, E. (2004). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I: Almås, H. (red.) (2004). *Klinisk omvårdnad 1* (s. 410-445). Stockholm: Liber.

Hedner, P. (2004). Atherosclerossjukdom i hjärtats kranskärl. I: Hedner, P. (red.) (2004). *Invärtesmedicin* (s. 29-44). (8., [utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Isaksson, R-M. (2011). *Symptoms, prehospital delay and survival in men vs. women with myocardial infarction*. Doktorsavhandling. Umeå Universitet. Medicinska institutionen. Hämtad 2011-12-01 från <http://umu.diva-portal.org/>

Jonsson, P., Schmidt, I., Sparring, V. & Tomson, G. (2006). Gender equity in health care in Sweden- Minor improvements since the 1990s. *Health Policy* 77 (2006), 24–36.

Løvlien, M. (2001). Blir kvinners hjerter tatt på alvor? *Vård i Norden* 21(1), 15–19.

Løvlien, M., Schei, B. & Hole, T. (2008) Myocardial infarction: Psychosocial aspects, gender differences and impact on pre hospital delay. *Journal of Advanced Nursing* 63 (2), 148-154.

Merlo, J., Rosvall, M., Lindström, M., Tegenrot, F., Ohlsson, H. & Grahn, M. (2008) *Uppföljning av skillnader mellan kvinnors och mäns vård inom områdena hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa och psykiatriska sjukdomar samt barns hälsa och sjukvård*. Socialmedicinska enheten, Region Skåne. Socialepidemiologi, Institution för kliniska vetenskaper, Malmö. Mediciska fakulteten, Lunds universitet.

Miller, C. (2002). A review of symptoms of coronary artery disease in women. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 17–23.

Omran S, Al-Hassan M. (2006) Gender differences in signs and symptoms presentation and treatment of Jordanian myocardial infarction patients. *International Journal of Nursing Practice* 2006 (12), 198–204.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011) *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Perelman, J., Mateus, C. Fernandes, A. (2010) Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal. *Social Science & Medicine*, 71, 25-29.

Persson, A. (2009). *Echocardiographic assessment and B-type natriuretic peptide for risk evaluation in acute coronary syndroms*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Medicinska institutionen. Från <http://hdl.handle.net/2077/23716>

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.

SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården (2011) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok*. Hämtad 2012-01-03, från [http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-
vard/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden--En-handbok/](http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden--En-handbok/)

Sjukvårdsrådgivningen (2010) *Hjärtinfarkt*. Hämtad 2011-09-10, från <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hjartinfarkt/>

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-01-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen (2008) *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008*. Hämtad 2011-09-20, från www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-102-7

Svenska Akademiens Ordlista. Uppdaterad 2012-01-01. Hämtad 2012-01-04 från: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Sveriges Radio, Eko Nyheterna (2011, 29 aug) *Könsskillnader i hjärtsjukvården kvarstår*
Hämtad från <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=4667336>

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård: handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Högskoleverket. Hämtad 2011-11-25 från: <http://www.hsv.se/kvalitet/jamstallldhet/publiceratiarnet/genusskrifter>

Bilaga 1

Röda korsets granskningsmall

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

Börja med slutet! 1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	Egna anteckningar
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)

- a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)?
- b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)?
- c) **Urval** (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".
- d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?
- e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?
- f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?
- g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?
- h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?
- i) På vilket sätt analyserades materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)?
- j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?
- k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?
- l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?
- m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?
- n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?

<p>5. Resultat (eng. Results, Findings)</p> <p>a) Beskriv resultaten av undersökningen. b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån. c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?</p>
<p>6. Diskussion och/eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)</p> <p>Läs nu diskussion och konklusion igen. a) Vilka slutsatser drar forskaren? b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren? c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna. d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p>
<p>7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)</p> <p>a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren? b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö? c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.</p>
<p>8. Sammanfattande helhetsbedömning</p> <p>a) Syftet: varför har undersökningen gjorts? b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts? c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är? d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?</p>

Bilaga 2

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
110831	Cinahl	Cardiac* AND Nurs* AND Care* AND Patient*	Jan 2000 – Sept 2011, Peer reviewed, Fulltext linked	Abstract	73 st	Svarade inte till syftet, Andrahands källor.	1 st
110928	Cinahl	Women AND myocardial infarction AND coping AND experience* AND need*	Jan 2001-sept 2011	Abstract	41	Svarade inte till syftet. Handlade om återhämtning	2 st
110928	Cinahl	Myocardial infarction AND acute AND symptom AND difference*	Jan 2001-sept 2011	Abstract	38 st	Svarade inte till syftet, för gamla studier/inaktuella.	4 st
110930	Science Direct	Heart attack AND gender	2001-present	title	0		0
110930	Science Direct	Heart attack AND gender	2001-present	Title, Abstract, keywords	25	Svarade inte mot syftet. Handlade om andra hjärtsjukdomar.	0
110930	Science Direct	Cardiac AND gender	2001-present	Title, Abstract, keywords	627	Svarade inte mot syftet. Handlade om återhämtning.	3 st
110930	Science Direct	Cardiac AND gender equity	2001-present	Title, abstract, keywords	6	Svarade inte mot syftet, handlade om återhämtning.	2 st

110930	PsykINFO	Myocardial infarction AND gender AND care AND nurse* AND difference*	2001-present, peer reviewed	Abstract	33	Svarade inte mot syftet, handlade om återhämtning.	3 st
111110	Cinahl	Treatment* AND gender AND cardiac* AND care*	Jan 2001 – nov 2011	Abstract	31 st	Svarade inte mot syftet, Hade redan hittats i tidigare sökning.	6 st

Bilaga 3

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Perelman, J., Mateus, C. Fernandes, A. Portugal (2010)	<i>Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal.</i>	Syftet med studien är att med hjälp av tre huvudkategorier undersöka skillnader mellan kvinnor och mäns behandling vid hjärtinfarkt.	Registerad data från 57 olika sjukhus. Urvalet bestod av patienter som som år 2000-2006 sökte vård för hjärtbesvär på ett NHS sjukhus i Portugal. Registerad data från 259,519 patienter var med i studien.	Den registrerade datan analyserades genom observation, logik och insikt.	Resultaten är att män som fick genomgå kranskärlsröntgen var 42,3% för kvinnor var det 25,9%. Kvinnor har alltså 14% lägre chans att få genomgå en kärlröntgen än en man. Dödligheten på sjukhus för män är 7,5% och för kvinnor 11,9%.	Hög. En bred undersökning som pågått under flera år på många olika sjukhus.
Bönthe, M., von dem Knesebeck, O., Siergrist, J., Marceau, L., Arber, S., Adams, A. & Mc Kinley, J. Tyskland, Storbritanni en och USA (2008).	<i>Women and men with coronary heart disease in three countries:Are they treated differently?</i>	Syftet med studien är att undersöka ifall patientens kön påverkar bedömning, diagnos och behandling av CHD i USA, Tyskland och Storbritannien.	Professionella skådespelare spelar 7 olika klassiska symptom vid hjärtinfarkt. De är olika kön, hudfärg och samhällsklasser.	64 manliga och 64 kvinnliga läkare får se på filmerna. Därefter görs intervju med läkarna med öppna frågor. Intervjuerna analyseras med hjälp av ANOVA (analysis of variance).	Resultatet i studien visar att även om kvinnor och män söker för samma symptom på CHD så blir kvinnorna mindre uppmärksammade och får även färre frågor	Medel. På grund av att vi är lite skeptiska till videoinspelade patienter men och andra sidan är det en smidig metod där alla läkare har samma fortsättningar för varje patient. Videoinspelningarna var välgenomtänkta.

Författare Land, År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalité
Galdas, P., Johnson, J., Percy, M. & Ratner, P. Kanada (2010).	<i>Helpseeking for cardiac symptoms: Beyond the masculine and feminine binary.</i>	Syftet med studien är att se vilka könsskillnader som finns i upplevelse och när patienterna söker vård för sina hjärtbesvär.	Pateinter som sökte vård okt 2007- juli 2008 för akuta bröstsmärtor eller med kontaterad ACS, Engelsktalande.	20 deltagare, 11 manliga och 9 kvinnliga. Intervjuerna analyserades med induktiv analys.	De flesta deltagarna uppträdde enligt könsspecifika symptom och beteende men det fanns ett par undantag. Dessa undantag påpekade själva under intervjuerna att de inte upplevde de ”könstypiska” symptomen.	Medel på grund av kort tidsperiod.
Asadi-Lari, M., Packham, C. & Gray, D. Storbritanni en. (2005)	<i>Gender difference in health-related needs and quality of life in patients with acute chestpain.</i>	Syftet med studien är att undersöka om det finns könsrelaterade skillnader I pateintens vårdbehov samt livskvaliten efter en icematisk hjärt sjukdom.	Patienter som under 2001 besökte/remitterades till en hjärtmottagning för bröstsmärtor. Ålder 31-93 år.	260 patienter tillfrågade, 242 deltog. Frågeformulär med 46 st frågor som skulle besvaras på skala 1-5 där 1 betyder stort behov och 5 inget behov.	Resultatet visar att kvinnor som drabbas av en icematisk hjärt sjukdom har ett större vårdbehov än män i samma ålder. Kvinnor var även mer missnöjda med vårdvinstelsen.	Kvaluten är Hög, då det är ganska många deltagare och många frågor för att rama in ett specifikt område.

Författare, Land, År	Titel	Syfte	Urval Datasetsamling	Genomförande Analys	Resultat	Kvalité
Bird, C. E., Fremont, A. M., Bierman, A. S., Wickstrom, S., Shah, M., Rector, T. & Horstman, T. USA, Kanada (2007).	<i>Does quality of care for cardiovascular disease and diabetes differ by gender for enrollees in managed care plans?</i>	Att bedöma könsskillnader i vården av hjärt-kärlsjukdom och diabetes inskrivna i vårdplaner från offentliga och privata mottagningar	Insamlade vårdplaner (inom hjärtsjukvård och diabetes), från privat och offentlig vård, från fyra olika geografiska områden.	Kvantitativ studie. Analys av insamlade vårdplaner via Geokodning, logistiska modeller. Multivariata logistiska regressionsmodeller för att justera flera kovariater (ålder, ras/etnicitet socialgrupp). Justerade odds ratio omvandlades till uppskattning av relativa risker.	Resultatet visar att det efter logistisk regression syntes några små skillnader mellan offentlig och privat vård, fortfarande fanns dock liknande och där framförallt LDL-C kontroll hos kvinnliga diabetiker och hjärtsjuka kvinnor var den åtgärd med störst könsskillnad.	Medel. Kvaliteten är god med stor trovärdighet i fråga om att det är ett stort antal journaler som granskats. Dock vet vi inget om graden av sjukdom hos de behandlade patienterna, vilket skulle kunna påverka resultatet.
Løvlien, M. Norge (2001)	<i>Blir kvinnors hjärtan tagna på allvar?</i>	Syftet är att presentera olika aspekter av kvinnors sjukdomsupplevelser och åtgärder när de drabbas av hjärtinfarkt, samt hur de upplever mötet med vården.	Sju kvinnor under 65 år som insjuknat i hjärtinfarkt för första gången och lagts in för behandling på ett länssjukhus. Geografiskt väl representerat men med yrke och bakgrund lika varandra. Den låga åldern som kriterium p.g.a. att få med de kvinnor som minst anade att de skulle insjukna i hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie, intervjuer (första intervjun på sjukhuset, andra i patienternas hem). Svaren analyserades med fenomenologiska metoder som bygger på en modell av Amedeo Giorgi.	Resultatet visar att de flesta av kvinnorna väntat mer än en dag på att söka professionell vård vid hjärtinfarkten. Ingen av kvinnorna i studien trodde dock att de hade symtom från hjärtat. Hjärtinfarkt ses som en manssjukdom. Kvinnorna glömde inte sitt omvårdnadsansvar gentemot familjen. När de väl sökte hjälp uppgav flera att de fick uppsöka läkare flera gånger för att bli tagna på allvar, eller ”förhandla” för att få hjälp. Även språk problem förekom.	Medel. Kvinnorna fick själva berätta om sina upplevelser vilket ger en bra trovärdighet, men det var för få kvinnor med i studien. Det skulle behövts fler deltagare, fler åldersgrupper och med olika bakgrund/socialgrupp för att öka överförbarheten.

Författare, Land, År	Titel	Syfte	Urval Datasetsamling	Genomförande Analys	Resultat	Kvalité
Løvlien, M., Schei, B. & Hole, T. (2008) Norge	<i>Myocardial infarction, psychosocial aspects, gender differences and impact on pre hospital delay</i>	Syftet med studien är att undersöka könsrelaterade skillnader i psykosociala aspekter året innan en hjärtinfarkt bryter ut, samt sambandet mellan dessa aspekter och fördröjning av att söka vård.	Patienter som diagnostiseras för första gången med hjärtinfarkt. Män och Kvinnor under 76 år. Undersökningen genomfördes med en enkät med kryssalternativ som e-mailades patienten ungefär 2 veckor efter att de blivit utskrivna från sjukhuset.	Studien genomfördes på 5 norska sjukhus under 13 månader år 2003-2004. I studien deltog 384 män och 149 kvinnor. Materialet analyserades med hjälp av SPSS version 11,5. $P < 0,05$.	Kvinnor upplevde Depression och sömnstörningar året innan hjärtinfarkt i högre grad än män. En större livshändelse hade inträffat året innan hos 73% av kvinnorna och hos 59% av männen. Depression, stress och sömnproblem varken påverkar eller försenar när patienten uppsöker vård hos något av könen. Lågutbildade patienter och deras partners hade förlängd tid innan vårdkontakt hos männen med inte hos kvinnorna.	Kvaliteten av artikeln är Hög, då det är många deltagare under en längre tid på 5 olika sjukhus. Dock är det dubbelt så många män som kvinnor som deltar i studien.
Omran S. & Al-Hassan M. (2006) Jordanien	<i>Gender differences in signs and symptoms presentation and treatment of Jordanian myocardial infarction patients</i>	Syftet med studien är att upptäcka skillnader hos jordanska män och kvinnors symptom och tecken vid hjärtinfarkt och uppföljningsvården de fick.	Kriterier för att delta: diagnostiserad hjärtinfarkt, ålder 20-70 år, kunna kommunicera muntligt, mentalt klara, härodynamiskt stabila. 26 kvinnor och 57 män deltar i studien.	83 patienter från 3 olika sjukhus deltog. Tidsperiod 3 månader. Studien genomfördes med intervjuer på 3:e sjukhusdagen. Det förekom både öppna och strukturerade frågor. Till analysen användes beskrivande statistik.	Det vanligaste symptomet som män och kvinnor söker vård för vid hjärtinfarkt är bröstsmärtor. 63% av de drabbade förknippade bröstsmärtorna med att de kom från hjärtat. Män söker vård tidigare än kvinnor. Män har troligtvis (författarna använder det ordet) större chans att bli behandlad med trombolys, nitro och heparin än kvinnor.	Kvaliteten på studien är medel. Den utförs under ganska kort tid men på flera olika sjukhus. Dock deltar dubbelt så många män än kvinnor i studien.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Correa-de-Araujo, R. , Stevens, B., Moy, E., Nilasena,D. , Chesley,F. & McDermott, K. (2005), USA	<i>Gender differences across racial and ethnic groups in the quality of care for acute myocardial infarction and heart failure associated with comorbidities</i>	Att analysera vårdkvalitén till patienter med hjärtinfarkt eller hjärtsvikt inom privat vård, samt att se om det finns genusrelaterade skillnader i vården samt undersöka vårdkvalitén.	Av alla registrerade patienter med hjärtinfarkt eller hjärtsvikt på privata sjukhus i landet under en 6-månadersperiod valdes 750 fall per stat ut.	Kvantitativ studie. Två kliniska dataabstraktionscentra gick igenom journalerna och delade upp dem utifrån bla demografisk data, sjukdomshistoria, medicinsk historia, läkemedelsanvändning och provtagningar. Datakvalitén säkrades genom utbildade abstraktörer, elektroniska datainsamlingsinstrument. Sex punkter för att jämföra kvalitén på omvårdnadsåtgärderna togs fram. Analyserna genomfördes med SAS programvara.	Jämförelser mellan könen visar att vita icke spansktalande kvinnor inte behandlades med acetylsalicylsyra eller beta-blockerare i samma utsträckning som männen. Dessa könsskillnader förekom dock inte bland icke spansktalande svarta eller latinamerikaner. Det mest slående i undersökningen var att information om vikten av rökstopp var bristfällig till både män och kvinnor.	Kvaliteten är hög tack vare det stora datamaterialet.
DeVon, H. A., Ryan, C. J., Ochs, A. L. Shapiro, M. (2008), USA	<i>Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men.</i>	Syftet med studien var att se om symptom skiljde sig mellan kvinnor och män vid hjärtinfarkt och angina pectoris, med kontroll av ålder, diabetes, funktionell status, depression	Rekrytering, intervju och journalgranskning av 112 kvinnor o 144 män (>21 år) som tagits emot via akutmottagningen och lagts in för behandling för akuta hjärtproblem vid två universitetssjukhus, mellan år er 2003-2005.	Strukturerade intervjuer på patienternas sjukhusrum. Data kodades och trädde i SPSS. Statistisk signifikans sattes till P = .05. Beskrivande Statistiken beräknades med hjälp av en χ^2 test för kategoriska data och t tester för intervalldata nivå. Enkel linjär regression användes för att fastställa om kvinnor och män skilde sig i rapporterade symptom efter klinisk diagnos, ålder, diabetes, funktionell status och depression.	Det fanns inte några skillnader mellan könen vad gäller prevalens av andra sjukdomar. Bröstmärtor, ovanlig trötthet och andnöd var de vanligaste symtomen hos båda könen, med lite större förekomst av bröstsmärtor hos männen. Kvinnor rapporterade mer matsmältningsproblem hjärtklappning, illamående och domningar. Män och kvinnor kände smärta på liknande ställen men kvinnor hade oftare ont i käkarna och i nacken.	Medel. Högt deltagarantal, men forskarna påtalar ev. brister i resultatet då Vårdpersonalen ansvarade för exklusionen samt att endast patienter som sökte akutvård togs med i studien. Tysta infarkter ingick inte.

Författare, Land, År	Titel	Syfte	Urval Datasetsamling	Genomförande Analys	Resultat	Kvalité
Jonsson, P., Schmidt, I., Sparring, V. & Tomson, G. (2006) Sverige	<i>Gender equity in health care in Sweden- Minor improvements since the 1990s</i>	Syftet med studien är att presentera betydande fynd från socialstyrelsens uppföljning på förfrågan släppt i mars 2004 och att diskutera resultaten för att främja en mer könsneutraliserad och rimlig vård.	Könsuppdelad data från socialstyrelsen bearbetas.	Ett frågeformulär med både strukturerade och semistrukturerade frågor skickades ut till 21 st landsting i Sverige. Semistrukturerade frågor skickades även till olika vårdskolor. Materialet diskuteras av en referensgrupp.	Kvinnor i alla åldrar behandlas mer sällan än män med PCI och by-pass vid hjärtinfarkt. Män har 50% högre chans att bli behandlade med ovanstående behandlingar än kvinnor. Män med hög social status opereras oftare med by-pass än män med lägre social status. Någon sådan skillnad framkommer inte hos kvinnor. 30-dagars dödlighet efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt visar inga könsskillnader.	Kvaliten i studien är hög då det är många olika organisationer som är delaktiga i denna studie.
Isaksson, R-M. (2011) Sweden	<i>Symptoms, prehospital delay and longterm survival in men vs. women with myocardial infarction.</i>	Syftet är att beskriva symptom, prehospital fördröjning samt långtids överlevnaden hos män och kvinnor med hjärtinfarkt.	Data samlades från hjärtinfarktregistret vid Northern Sweden MONICA study 1989-2003 i Norrbotten och Västerbotten.	Totalt deltog 6542 patienter med konstaterad hjärtinfarkt. Av dessa var 5072 män och 1470 kvinnor.	Avhandlingen visar 86% av männen och 81% av kvinnorna upplever det ”klassiska smärtsymptomet” när de drabbas av en hjärtinfarkt. Under 65 år framkommer ingen skillnad mellan könen i tiden från symptom till dess att de söker vård, däremot hos patienter >65 år dröjer det längre för kvinnorna innan de söker vård jämfört med män.	Kvaliten är medel. Det är ganska många deltagare med det är väldigt många fler män än kvinnor som deltar.

