



RÖDA KORSET'S HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17, 15 hp
VK09

HUR KVINNORS LIVSKVALITET SKILJER SIG FRÅN MÄNS EFTER EN HJÄRTINFARKT

Aline Magnusson & Emelie Jansson

SAMMANFATTNING

Hjärtinfarkt är en av de främsta dödsorsakerna bland män och kvinnor i världens idag. Kardiovaskulär död minskar bland män, men inte bland kvinnor. Att drabbas av en hjärtinfarkt, innebär ett hot mot livet för personen som drabbas, och påverkar personen och dennes familj under lång tid. Kvinnor som insjuknar är i genomsnitt 75 år och har en sjukdomshistoria med andra sjukdomar i bakgrunden när de drabbas av en hjärtinfarkt. Män är i genomsnitt sett 10 år yngre än kvinnor och har oftare varit med om en tidigare hjärtinfarkt, när de återinsjuknar. När kvinnor drabbas av en hjärtinfarkt tenderar de att uppvisa mer atypiska symptom, vilket leder till att de väntar med att söka sjukvård. Kvinnor drabbas av fler biverkningar än män, eftersom det har forskats mer på män av läkemedelsindustrin och inom kardiovaskulär hälsa. För att besvara syftet med denna studie att beskriva på vilket sätt kvinnors livskvalitet skiljer sig från mäns efter en hjärtinfarkt, gjordes en litteraturstudie. Resultatet visade att livskvaliteten efter en hjärtinfarkt skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Inom dimensionerna fysisk funktion, fysisk rollfunktion, kroppslig smärta, social funktion och emotionell rollfunktion, vilka ingår i mätinstrumentet SF-36, skattade kvinnor sin livskvalitet sämre än män.

Nyckelord: *Hjärtinfarkt, kvinnor, män, livskvalitet.*

SUMMARY

Myocardial infarction is one of the main causes of death among men and women in the world today. Cardiovascular deaths are declining among men but not among women. Suffering from a heart attack, is a threat to the lives of people affected, and continues to affect him and his family for a long time. Women who are diagnosed are on average 75 years and has a history of other diseases in the background when they suffer a heart attack. Men are on average seen 10 years younger than women and have more often experienced a previous heart attack, when they suffer a recurrence.

When women suffer a heart attack, they tend to exhibit more atypical symptoms, which means that they delay seeking medical care. Women suffer more side effects than men, as it has been researched more on men of the pharmaceutical industry and cardiovascular health. To answer the purpose of this study was to describe the way women's quality of life differs from men after a heart attack, a literature review was done. The results showed: that the quality of life after a heart attack differs between men and women. Within the dimensions of physical function, role physical functioning, bodily pain, social function and emotional role function, which is part of the instrument SF-36, women rated their quality of life worse than men.

Keywords: *Myocardial infarction, women, men, quality of life.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	2
	2.1 Hjärtinfarkt.....	2
	2.2 Forskning rörande kardiovaskulär hälsa och ischemisk hjärtsjukdom.....	3
	2.3 Livskvalitet.....	5
	2.4 Hälsorelaterad livskvalitet.....	6
	2.5 Självsfattningsskalor.....	7
	2.5.1 Short Form - 36.....	7
	2.5.2 Short Form – 12.....	7
	2.5.3 Medical Outcomes Study Short Form - 36 (MOS - 36).....	7
	2.5.4 Likert Scale.....	8
	2.5.5 The MacNew Heart Disease Health- related Quality of Life instrument	8
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	9
4	SYFTE.....	9
5	DESIGN.....	10
	5.1 Urval.....	10
	5.2 Datainsamlingsmetod.....	10
	5.3 Dataanalys.....	11
6	ETISKA ASPEKTER.....	12
7	RESULTAT.....	13
	7.1 Fysisk funktion (PF).....	13
	7.2 Rollfunktion – fysiska begränsningar (RP).....	13
	7.3 Kroppslig smärta (BP).....	14
	7.4 Allmänt hälsotillstånd (GH).....	14
	7.5 Vitalitet (VT).....	14
	7.6 Social funktion (SF).....	14
	7.7 Rollfunktion – emotionella begränsningar (RE).....	15
	7.8 Mental hälsa (MH).....	15
8	DISKUSSION.....	17
	8.1 Metoddiskussion.....	17
	8.2 Resultatdiskussion.....	18
	8.3 Slutsats/er.....	20
	8.4 Klinisk betydelse.....	21
	8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling.....	21
9	REFERENSER.....	22

1 INLEDNING

Anna är 48 år och frånskild med två barn. En morgon när hon är ensam, börjar hon få ont i magen, och en tyngdkänsla i bröstet som gör att hon får svårt att andas. Då hennes mamma har haft problem med gallstenar tidigare, tror Anna att hon har drabbats av samma åkomma.

I tron om att hon har ett gallstensanfall försöker Anna åtgärda detta med hjälp av bakpulver, vatten, öl och mat, men inget av detta har någon effekt. Anna börjar kräkas under natten, och ringer sin mamma för råd. Efter det ringer Anna en vän för att få skjuts till sin husläkare, men vännen bestämmer sig istället för att köra Anna till närmsta sjukhus eftersom hon inte slutar kräkas. När Anna kommer till sjukhuset har det gått 30 timmar från det att symptomen började. Initialt vid ankomsten till sjukhuset tolkades symptomen eventuellt som gallsten. När gallsten uteslutits och ett EKG tagits får Anna diagnosen hjärtinfarkt.

Hjärtinfarkt har länge setts som en ”manssjukdom” men drabbar idag lika många kvinnor som män, och är en av de främsta dödsorsakerna i världen. Kvinnor drabbas i större omfattning av atypiska symptom på hjärtinfarkt än män, vilket leder till att det tar längre tid för dem att söka sjukvård.

2 BAKGRUND

2.1 Hjärtinfarkt

Åderförfettning eller arterioskleros innebär kalklagringar på insidan av blodkärlen, och kan leda till en hjärtinfarkt. Åderförfettning börjar i 20-års åldern, samt ökar med åldern och är något som de flesta människor har utan att ha symptom. Med åldern blir artärernas väggar tjockare, stelare och områden med fettinlagringar/plack bildas, vilket leder till att blodet får svårt att passera (Signäs, 2010). Faran ligger inte i de hårda, äldre placken, utan i de nyare, tunnare och bräckliga placken som har lätt för att spricka (Schenck-Gustavsson, 2011). När ett område med fettinlagringar i ett kärl spricker, bildas en klump med koagulerat blod, en blodpropp. Hjärtinfarkt innebär att en blodpropp satt sig i ett av hjärtats kranskärl och medfört att cirkulationen minskat eller upphört, och skadat hjärtmuskeln (Karolinska universitetssjukhuset, 2011).

Diagnostisering av hjärtinfarkt sker genom anamnes och EKG-undersökning helst inom 10 minuter från första medicinska kontakt och resultatet ska genast tolkas av en kvalificerad läkare (Diercks et al. 2006). För att vidare diagnostisera utför läkaren en fysisk undersökning. Ett viktigt mål för den fysiska undersökningen är att utesluta icke-kardiella orsaker till bröstsmärta och icke-ischemisk hjärtsjukdom eller potentiellt extrakardiella orsaker, såsom akut lungsjukdom (Bassand et al, 2007).

Ett blodprov som tas är troponin. Troponin är ett protein som frigörs när irreversibla skador från en hjärtinfarkt uppstår på hjärtat och används för att diagnosticera hjärtinfarkt (Antman et al. 1996).

Symptom på hjärtinfarkt beskrivs som bröstsmärta retrosternalt, med eller utan utstrålning i t.ex. en eller båda armarna-, mage-, rygg-, hals-, nacke- eller käkar. Smärtan ska sitta i minst 15-20 min och utan påverkan av matintag, kropps rörelse eller kroppsställning, och eventuellt i kombination med illamående, kallsvett, andnöd, yrsel eller svimning (Schenck-Gustavsson, 2003; Signäs, 2010).

Studier har visat att även om kvinnor och män i stort sett uppvisar samma symptom, så finns det könsskillnader. Kvinnors symptom kan vara mer diffusa med tyngdkänsla eller tyngd i bröstet, rygg-, käk-, och nacksmärta, tillsammans med illamående och/eller

kräkningar, dyspné, hjärtklappning, ont i magen, yrsel, orkeslöshet, aptitlöshet, svimning och allmän sjukdomskänsla (Rosengren & Hasdai, 2005; Signäs, 2010).

Att drabbas av en hjärtinfarkt, innebär att människan upplever ett starkt hot mot livet själv, vilket kan vara dramatiskt, emotionellt laddat och kan påverka patienten samt dennes familj under lång tid framöver (Lidell, 1998).

Patienter som haft en hjärtinfarkt vårdas idag mellan 4-7 dagar på sjukhus (Karolinska universitetssjukhuset, 2010), och patienten åker hem under ett skede där behovet av stöd är stort. Detta innebär för sjuksköterskan att hon även måste planera omvårdnaden av patienten för tiden efter sjukhusvistelsen (Lidell, 1998). Under vårdtiden ska sjuksköterskan tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen 1995;5, 1996). Det är av stor vikt att familjen inkluderas i vården, eftersom en hjärtinfarkt inte enbart påverkar individen, utan hela familjen (Lidell, 1998). Sjuksköterskan ska ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling för patienten och dennes familj. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen 1995;5, 1996) ska hon/han informera och undervisa patienter och/eller närstående, samt förvissa sig om att patienten och närstående förstår den givna informationen.

2.2 Forskning rörande kardiovaskulär hälsa och ischemisk hjärtsjukdom

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor och män i världen idag (Världshälsoorganisationen [WHO], 2011). Bland män minskar död inom hjärt-och kärlsjukdom men inte bland kvinnor (Andersson, 2001). Kvinnor har traditionellt uteslutits från studier rörande kardiovaskulär hälsa och sjukdom (Schenck-Gustavsson, 2003), eftersom forskare fram till förra årtiondet, har trott att resultat från studier utförda på enbart män kunnat överföras på kvinnor (Cotton, 1990).

Schenck-Gustavsson (2003) menar att det finns ett antal faktorer till varför kvinnor har varit underrepresenterade i forskningsstudier, bl.a. en övre åldersgräns på kring 60 år, vilket har lett till att endast cirka 10-15% kvinnor inkluderats. Dock är kvinnor äldre än män då de insjuknar i t.ex. hjärtinfarkt, hypertoni eller hjärtsvikt (Ibid). Kvinnor är i

genomsnitt runt 75 år och har oftare en sjukdomshistoria med diabetes, hjärtsvikt, hypertoni och perifer kärlsjukdom när de insjuknar i hjärtinfarkt. Män är i genomsnitt 65 år och har en anamnes med tidigare hjärtinfarkt med följd ballongvidgning-, eller en bypassoperation av hjärtats kranskärl (Kaul, Wei-Ching, Westerhout, Graham & Armstrong, 2007; Vaccarin, Parsons, Every, Barron & Krumholz, 1999).

Ett skäl till den snedförvridna könsfördelningen i hjärtstudier kan vara att kvinnor lever längre, och hjärt- och kärlsjukdom inte visar sig förrän i högre åldrar hos kvinnor, vilket leder till att det tar längre tid att nå fram till effektvariabler inom forskningen (Schenck-Gustavsson, 2003). Ett annat skäl till varför enbart män inkluderats i studier, är att forskarna vill titta på samma studiepopulation som i tidigare studier (Smirthwaite, 2007).

Att kvinnor är äldre än män när de insjuknar i en hjärtinfarkt är relaterat till menopausen då kvinnor som inte kommit in i menopausen har en mycket lägre incidens och mortalitet i hjärt- och kärlsjukdom än både män och postmenopausala kvinnor, som inte genomgår en postmenopausal hormonbehandling (Dallongeville et al., 1995). Detta kan bero på att östrogenet har en skyddande effekt på kvinnans hjärta och kärl. Kvinnans ålder och östrogenets effekt har bland lekmän, vårdutbildade och hos patienten själv, lett till missuppfattningen att hjärtinfarkt inte drabbar kvinnor (Johnston, 2011).

En annan anledning till varför kvinnor utesluts från studier är att de kan bli gravida under provningens gång vilket i sin tur kan medföra allvarliga medicinska följder för försökspersonerna och rättsliga samt finansiella konsekvenser för läkemedelsföretagen (Smirthwaite, 2007; Schenck-Gustavsson, 2003). Menscykeln påverkar forskningen, då flertalet faktorer varierar, så som koagulationsparametrar. Forskningsmässigt innebär det att provtagningar, diverse mätningar och undersökningar bör förläggas till samma fas under menscykeln.

P-piller kan interagera med andra läkemedel, amning försvårar läkemedelsstudier då läkemedlet kan passera över till barnet. Hos den menopausala kvinnan kan klimakteriesymptom på samma sätt som postmenopausal hormonsubstitution komplicera resultatet (Schenck-Gustavsson, 2003).

Kvinnor med symptom på hjärtinfarkt dröjer längre med att söka vård än män, då de gärna vill tillskriva sina symptom till en godartad orsak (O'Donnell, Condell, Begley & Fitzgerald, 2006).

Studier har visat att kvinnor som känner igen symptomen på en hjärtinfarkt är mer benägna att söka vård då symptomen uppkommer än kvinnor som inte känner igen symptomen. De kvinnor som väntar med att söka vård tills symptomen förvärras alternativt tills hon eller en närstående bestämmer sig för att något är fel, är rädda att inte bli tagna på allvar av sjukvårdspersonalen (Rosenfeld, Lindauer & Darney, 2005). Många av dessa förseningar kan härledas till kvinnor som har atypiska symptom, och som underlåter att tillskriva dessa till hjärtinfarkt (Leslie, Urie, Hooper & Morrison, 2000).

När kvinnorna väl kommer i kontakt med sjukvården är det mer troligt att de mottar färre medicinska ingrepp än män (Khan et al. 1990), då förseningar i att söka sjukvård kan påverka patientens möjligheter att erhålla optimal nytta av olika behandlingar, samtidigt som det predisponerar för en ökad risk för livshotande komplikationer (Ayanian & Epstein, 1991).

Kvinnor lever i genomsnitt 4,4 år längre än män, men är oftare sjuka och söker mer vård (Smirthwaite, 2007). Män skattar sin hälsa högre än kvinnor, men kvinnor lever längre (Hammarström & Hensing, 2008).

Mer läkemedel förskrivs till kvinnor än män, även om p-piller och östrogenbehandling utesluts. Kvinnor drabbas utav fler biverkningar än män, vilket kan bero på att kvinnor varit underrepresenterade i läkemedelsstudier och att det existerar skillnader i exempelvis kroppsvikt, ämnesomsättning, hormoner, storleken på organen och fördelningen mellan fett- och muskelmassa, vilket kan påverka effekten av läkemedel (Smirthwaite, 2007).

2.3 Livskvalitet

Det finns olika tolkningar av begreppet livskvalitet. Det betyder inte samma sak för alla människor, och kan vara både subjektiv och objektiv (Birkler, 2007). Den subjektiva

livskvaliteten är knuten till upplevelsen av välbefinnande, medan den objektiva livskvaliteten är knuten till kroppen och den materiella världen (Ibid). Enligt Rayle (2005) skiljer sig inte kvinnor och mäns livskvalitet avsevärt åt. Begreppet livskvalitet sträcker sig från självförverkligande och tillfredsställelse med livet - tillgodoseendet av grundläggande mänskliga behov - förmågan att leva ett "normalt" liv - till kvaliteten på den omgivande miljön (Bowling, 2001).

Inom forskning finns det fyra till fem allmänt accepterade dimensioner av livskvalitet; fysisk-, psykisk-, social-, sjukdoms- och behandlingsrelaterade symptom samt en andlig dimension (King, 2003).

Enligt Bowling (2001) har WHO en arbetsgrupp som har specificerat sig på livskvalitet the World Health Organisation Quality of Life Group. De definierar livskvalitet så här:

Livskvalitet definieras som en individs uppfattning om sin ställning i livet i samband med den kultur och de värderingar, som de lever i och i förhållande till sina mål, förväntningar, normer och intressen. Det är ett brett omfattande begrepp, påverkad på ett komplext sätt av personens fysiska hälsa, psykiska tillstånd, grad av självständighet, sociala relationer och relationer till betydelsefulla inslag i deras miljö.

Empirisk evidens ger skäl för att inbegripa hälsa som en dimension i livskvalitet (Ibid).

2.4 Hälsorelaterad livskvalitet

Den förväntade livslängden har ökat i de utvecklade länderna de senaste 150 åren. Förväntningar på livet och förväntningar om ett sjukdomsfritt liv i de högre åldrarna har internationellt sett lett till försök att mäta förväntad hälsa och ett liv utan funktionshinder (Bowling, 2001).

Att mäta livskvalitet hjälper till att svara på frågan huruvida olika behandlingar leder till ett liv värt att leva, genom att ge en mer patientledd utgångspunkt, mot vilken effekterna av interventionen kan utvärderas (Ibid).

2.5 Självskattningsskalor

2.5.1 Short Form - 36

SF-36 är ett standardiserat frågeformulär. Formuläret ger en grov bild av en individs hälsa eller välbefinnande. Det kan t ex användas för att jämföra olika patientgrupper med friska personer. SF-36 är ett vanligt formulär som används i studier där man vill ta reda på en persons allmänna hälsotillstånd (Forsberg & Wengström, 2008). Det finns flera mätinstrument tillgängliga för att bedöma livskvaliteten, SF-36 är ett av de mest validerade (Brown et al, 1999).

SF-36 är uppdelat i åtta dimensioner. Det tar ungefär 5-10 minuter att genomföra formuläret. Mätvärdena är 0 till 100, 0 är dålig hälsa och 100 är god hälsa. De åtta dimensionerna är: fysisk funktion (PF), rollfunktion – fysiska begränsningar (RP), kroppslig smärta (BP), allmänt hälsotillstånd (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion – emotionella begränsningar (RE) och mental hälsa (MH). Dessa åtta dimensioner består av 36 punkter (Bowling, 2001). De åtta dimensionerna delas sedan in i 2 sammanfattande komponenter, en fysisk och en mental (Muller-Nordhorn, Roll & Willich, 2003).

2.5.2 Short Form – 12

SF-12 består av två skalor, en fysisk komponent skala och en mental komponent skala. Dessa skalor är omvandlade så att 50 på skalan avspeglar den genomsnittliga befolkningens poäng. En 10-poängs avvikelse motsvarar en standardavvikelse (Garavalia et al, 2007).

2.5.3 Medical Outcomes Study Short Form - 36 (MOS - 36)

MOS-SF-36 är ett vida använt instrument som är designat för att värdera vilken påverkan hälsobestämmelser har på de 8 separata dimensionerna om daglig funktion. Dessa 8 är: fysisk funktion (PF), rollfunktion – fysiska begränsningar (RP), kroppslig smärta (BP), allmänt hälsotillstånd (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion – emotionella begränsningar (RE) och mental hälsa (MH), (Mendes de Leon et al, 2001).

2.5.4 Likert Scale

Likert skalan är en form av frågeformulär med slutna frågor. Sådan typ av formulär är oftast kategoriskt uppdelade. Likert skalan består av ett antal bestämda svar såsom: instämmer helt, instämmer, varken ja eller nej, starkt emot (Bowling, 2001).

2.5.5 The MacNew Heart Disease Health- related Quality of Life instrument

Detta formulär är en självadministrerbar modifiering av det ursprungliga QLMI-instrumentet (The Original Quality of Life after Myocardial Infarction). MacNew består av 27 frågor som faller in i 3 dimensioner: emotionell, fysisk och social. De 27 frågorna innefattar 5 som frågor om symtom: angina/smärtor i bröstet, andnöd, trötthet, yrsel och värkande ben. Den högsta maximala poängen i varje dimension är 7, vilket innebär hög livskvalitet, minsta poängen är 1, som innebär låg livskvalitet (Hofer, Lim, Guyatt & Oldridge, 2004).

3 PROBLEMFORMULERING

Hjärtinfarkt är en av de främsta dödsorsakerna bland män och kvinnor i världen idag. Död inom hjärt- och kärlsjukdom minskar bland män, men inte bland kvinnor. En hjärtinfarkt innebär ett hot mot livet och kan vara dramatiskt och emotionellt laddat för individen som drabbas. Behovet av stöd är stort, då det påverkar personen som drabbats och dennes familj under lång tid framöver.

Kvinnor drabbas i större utsträckning av diffusa symptom på hjärtinfarkt. Då de inte kopplar symtomen till en hjärtinfarkt väntar de med att söka sjukvård, eftersom de är rädda att inte tas på allvar av sjukvårdspersonalen. Kvinnor är i genomsnitt äldre, har oftare en sjukdomshistoria av bland annat hypertoni, perifer venssjukdom, hjärtsvikt och diabetes än män. Kvinnor drabbas även av fler biverkningar än män, vilket beror på att det inte forskats lika mycket på kvinnor inom hjärt- och kärlforskningen, samt inom läkemedelsindustrin.

4 SYFTE

Syftet med studien var att beskriva på vilket sätt kvinnors livskvalitet skiljer sig från män efter en hjärtinfarkt.

5 DESIGN

Studien är litteraturbaserad utifrån kvantitativa vetenskapliga artiklar, för att undersöka kvinnors och mäns livskvalitet efter en hjärtinfarkt.

5.1 Urval

Endast vetenskapligt granskade studier användes. Utifrån abstract gjordes urvalet från kvantitativa studier. Studierna som inkluderades svarade mot syftet, var peer-reviewed och undersökte kvinnor och mäns livskvalitet efter en hjärtinfarkt. De studier som var skrivna på andra språk än svenska eller engelska och publicerade innan år 2000 exkluderades.

5.2 Datainsamlingsmetod

De databaser som användes var EBSCO och alla databaser som är tillgängliga i EBSCO host. I sökningen användes tilläggsordet AND. I första kombinationssökningen av olika sökord, hittades alla artiklar som inkluderades i studien. En vidare kombinationssökning gjordes för att få fram fler studier som kunde inkluderas. De studier som inkluderades återfanns även i de vidare kombinationssökningarna. För att organisera sökningen gjordes en sökmatris. I matrisen markerades sökord, antal träffar, samt antal artiklar som valdes ut som svarade mot syfte och inklusionskriterier (Sökmatris 1).

Sökningen gjordes specifikt på artiklar som svarade mot syftet. Nyckelordet *myocardial infarction(MI)* var det första som söktes på, och genererade ett stort antal träffar. Därför smalnades sökningen av genom att kombinera olika nyckelord.

Nyckelord som användes var *sex factors, acute myocardial infarction (AMI), myocardial infarction, gender differences, quality of life, MI, gender, sex, heart infarction*. Ett första steg var genomläsning av titlar, för att sedan övergå till att gå igenom abstract på de titlar som svarade mot vårt syfte. De artiklar som inte fanns tillgängliga i full text via EBSCOhost eller PubMed hämtades på olika bibliotek i Stockholmsområdet samt beställdes hem till Röda korsets högskolas bibliotek. Slutresultatet blev 9 relevanta artiklar för studiens syfte.

Sökmatrix 1

SÖKORD	TRÄFFAR	UTVALDA	ART. NR.
“Myocardial infarction” AND “sex factors” AND “Quality of life”	39	8	1,2,3,4,5,6,7,8
“Myocardial infarction” AND “differences” AND “Quality of life”	19	6	1,2,3,4,5,8
“Myocardial infarction” AND “gender” AND “differences” AND “Quality of life”	22	6	2,3,4,5,7,8
“Myocardial infarction” AND “gender differences” AND “Quality of life”	11	3	3,4,5
“Myocardial infarction” AND “sex differences” AND “Quality of life”	2	1	1
” Heart infarction” AND “gender” AND “differences” AND “Quality of life”	9	3	4,7,9
“MI” AND “sex factors” AND “Quality of life”	6	2	1,2
“MI” AND “sex” AND “differences” AND “Quality of life”	5	3	1,2,5
“MI” AND “gender” AND “differences” AND “Quality of life”	5	2	5,2
“MI” AND “gender differences” AND “Quality of life”	1	1	5
“AMI” AND “sex” AND “differences” AND “Quality of life”	4	2	3,7
“AMI” AND “gender” AND “differences” AND “Quality of life”	4	2	3,7
“AMI” AND “gender differences” AND “Quality of life”	3	1	3
“AMI” AND “sex factors” AND “Quality of life”	3	1	3

5.3 Dataanalys

De nio utvalda artiklarna lästes igenom noggrant. Det upptäcktes att en studie var från 1991, vilket gjorde att den exkluderades. De resterande åtta studierna analyserades vidare med hjälp av Fribergs (2006, s. 120-121) granskningsmall för kvantitativa studier för att granska studiernas kvalitet. Därefter lades fokus på studiernas resultat. Under analysen framkom det att fem av åtta studier använt sig av SF-36 som mätinstrument. En följd av detta blev att studiens resultat delades in i de åtta dimensioner som ingår i SF-36. Resultatet från de studier som använde sig av övriga mätinstrument kunde placeras in under SF-36 dimensioner. De mätvärden från de studier som använde SF-36, SF-12, MOS-36 och Lickert scale finns även med i artikelpresentationen (Bilaga 1).

6 ETISKA ASPEKTER

Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det av vikt att använda sig av studier som fått godkännande från en etisk kommitté, alternativt där etiska överväganden gjorts. Vidare betonas hur viktigt det är att presentera alla resultat, och inte bara de som stödjer studiens forskningsantagande.

Alla studier som inkluderades i denna studie var godkända av en etisk kommitté och deltagarna i studierna hade givit informerat samtycke innan studierna påbörjades.

7 RESULTAT

De åtta dimensioner som kom fram i vårt resultat var: fysisk funktion (PF), rollfunktion – fysiska begränsningar (RP), kroppslig smärta (BP), allmänt hälsotillstånd (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion – emotionella begränsningar (RE) och mental hälsa (MH). Artiklarna som användes i vårt resultat finns redovisade i bilaga 1.

7.1 Fysisk funktion (PF)

Majoriteten av studierna visade att den fysiska funktionen försämrades hos både kvinnor och män efter hjärtinfarkten, medan en studie visade att den förbättrades. Fyra studier fann att den fysiska funktionen hos kvinnor försämrades under mätningarna en-, fyra- och tolv månader efter hjärtinfarkten (Garavalia et. al 2007; Mendes de Leon et al. 2001; Brink, Karlsson & Hallberg, 2002; Norris, Hegadoren & Pilote, 2007). Två studier fann att den fysiska funktionen blev sämre en till tolv månader efter hjärtinfarkten hos män (Garavalia et al. 2007; Norris et al. 2007), och i en studie ökade den fysiska funktionen mellan mätningarna en till tolv månader efter hjärtinfarkten (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005). En studie visade att den funktionen ökade en till tolv månader efter hjärtinfarkten (Kristofferzon et al. 2005). En studie fann att män hade en hög energiförbrukning tolv månader efter hjärtinfarkten (Yohannes, Doherty, Bundy & Yalfani, 2010).

7.2 Rollfunktion – fysiska begränsningar (RP)

Andelen studier som visade en försämring hos kvinnor och män i den fysiska rollfunktionen, var störst. En studie visade motsatsen.

Tre studier fann att den fysiska rollfunktionen hade försämrats hos kvinnor från hjärtinfarkten till tolv månader senare (Norris et al. 2007; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001). Tre studier fann att den fysiska rollfunktionen försämrades hos män från infarkten och tolv månader senare (Norris et al. 2007; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001), I en studie förbättrades den fysiska rollfunktionen hos kvinnor och män mellan mätningarna en, fyra och tolv månader (Kristofferzon et al. 2005).

7.3 Kroppslig smärta (BP)

Majoriteten av studierna visade en försämring i den kroppsliga smärtan hos kvinnor och män, medan en studie påvisade en förbättring efter tolv månader.

Tre studier fann en försämring av den kroppsliga smärtan hos kvinnor en till tolv månader efter hjärtinfarkten (Norris et al. 2007; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001). Tre studier visade en försämring av den kroppsliga smärtan hos män en till tolv månader efter hjärtinfarkten (Norris et al. 2007; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001). En studie visade att en förbättring av den kroppsliga smärtan hade skett för kvinnor och män en till tolv månader (Kristofferzon et al. 2005).

7.4 Allmänt hälsotillstånd (GH)

Hos både kvinnor och män rapporterades i alla studier en försämring i det allmänna hälsotillståndet efter tolv månader. Fyra studier fann en försämring i det allmänna hälsotillståndet hos både män och kvinnor från hjärtinfarkten till tolv månader senare (Kristofferzon et al. 2005; Garavalia et al. 2007; Norris et al. 2007; Brink et al. 2002). Andfåddhet vid ansträngning och allmän trötthet var de två mest frekventa symptomen som både kvinnor och män uppgav efter hjärtinfarkt (Brink et al. 2002; Kristofferzon et al. 2005). I en studie rapporterades 30 % av kvinnorna och 26 % av männen kärlkramp 30 dagar efter hjärtinfarkten (Garavalia et al. 2007).

7.5 Vitalitet (VT)

Det antal studier som mätte vitaliteten hos kvinnor och män visade en försämring tolv månader efter hjärtinfarkten. Fyra studier visade att vitaliteten försämrades hos kvinnor och män från hjärtinfarkten till tolv månader senare (Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005; Brink et al. 2002; Woodend & Devins, 2005).

7.6 Social funktion (SF)

Att en försämring förekom i den sociala funktionen hos kvinnor och män rapporterades i alla studier. I fem studier uppgav kvinnor att det hade skett en försämring inom dimensionen social funktion vid hjärtinfarkten till tolv månader senare (Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001; Bogg, Thorton & Bundered 2000). Fyra studier visade att män upplevde en försämring av den

sociala funktionen efter hjärtinfarkten samt efter tolv månader (Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005; Brink et al. 2002, Bogg et al. 2000). Studierna visade en försämring hos kvinnor och män efter tolv månader. I en av studierna uppgav 49 % av männen och 35 % av kvinnorna att de hade socialt stöd (Norris et al. 2007).

7.7 Rollfunktion – emotionella begränsningar (RE)

Samtliga studier visade en försämring hos kvinnor och män, medan en studie samtidigt påvisade en förbättring tolv månader efter hjärtinfarkten.

Tre studier fann att en försämring hade skett i den emotionella rollfunktionen från hjärtinfarkten till tolv månader senare (Norris et al. 2007; Brink et al. 2002; Kristofferzon et al. 2005). Tre studier visade att hos män hade det efter hjärtinfarkten, skett en försämring i den emotionella rollfunktionen (Norris et al. 2007; Brink et al. 2002; Kristofferzon et al. 2005), en av de tre ovanstående studierna visade att en signifikant förbättring skett i rollfunktionen under mätningar som skedde en-, fyra-, och tolv månader efter hjärtinfarkten hos kvinnor och män (Kristofferzon et al. 2005).

7.8 Mental hälsa (MH)

I majoriteten av studierna visade både kvinnor och män en försämring i den mentala hälsan, samtidigt som två studier påvisade en förbättring tolv månader efter. Detta gäller även depressiva symptom, då majoriteten av studierna visade depressiva symptom tolv månader senare.

Fem studier fann att den mentala hälsan hos kvinnor försämrades från hjärtinfarkten till tolv månader senare (Brink et al. 2002; Garvalia et al. 2007; Norris et al. 2007), två av studierna visade att en förbättring i den mentala hälsan en till tolv månader efter hjärtinfarkten skett (Woodend & Devins, 2005; Kristofferzon et al.2005).

I fem studier uppgav män en försämring i den mentala hälsan (Garvalia et al. 2007; Woodend & Devins, 2005; Brink et al. 2002; Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005). Fyra studier visade att män led av depressiva symptom (Woodend & Devins, 2005; Norris et al. 2007; Bogg et al. 2000), och i en av dessa studier uppgav män att det skett en minskning i depressiva symptom tolv månader efter hjärtinfarkten (Yohannes et al. 2010). Två studier fann att män led av ångest efter hjärtinfarkten (Woodend &

Devins, 2005), en av dessa visade även att 47 % av männen led av negativ sinnesstämning en månad efter hjärtinfarkten (Bogg et al. 2000).

I fem studier rapporterade kvinnor depressiva symptom en till tolv månader efter hjärtinfarkten (Woodend & Devins, 2005; Mendes de Leon et al. 2001; Norris et al. 2007; Bogg et al. 2000), en av dessa studier påvisade en minskning i depressiva symptom tolv månader efter hjärtinfarkten (Yohannes et al. 2010). Tre studier fann att kvinnor led av ångest en till tolv månader efter hjärtinfarkten (Woodend & Devins, 2005; Mendes de Leon et al. 2001), en studie visade även att 15 % av kvinnorna som deltagit led av negativ sinnesstämning en månad efter hjärtinfarkten (Bogg et al. 2000).

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Beslutet att göra en litteraturbaserad studie, togs innan valet att använda endast kvantitativa studier. Utifrån studiens syfte, granskades studier som hade undersökt en större mängd män och kvinnor för att få en styrka i resultatet som eventuellt skulle kunna generaliseras på en större population.

Det som försvårade processen i granskningen av studierna var användningen av olika mätinstrument. De studier som ej använt SF-36 som mätinstrument var mer svårtolkade, då de studierna otydligt förklarade hur mätinstrumenten skulle utläsas, samt att de inte tittat på exakt samma dimensioner som SF - 36. Det hade underlättat om samtliga studier använt sig av samma mätinstrument, då tydligare trender hade kunnat ses. Dessvärre så hittades inga nya artiklar utöver de som användes i resultatet. Istället gavs utrymme för tolkning, vilket kan ses som en svaghet. Efter avslutad granskning ansågs det att de studier som trots att de inte använt sig av SF-36 som mätinstrument, kunde placeras in under de dimensioner som ingår i SF-36 i resultatet. De övriga mätskalorna undersökte liknande komponenter, som de dimensioner som ingår i SF-36.

En faktor som också försvårade tolkningen av studiernas resultat är språket, vilket här innebar engelska. För att undvika misstag och för att resultaten skulle kunna presenteras på ett precist och logiskt sätt (Forsberg & Wengström, 2008) återgavs resultatet så exakt som möjligt utan egen tolkning.

Anledningen till att studier innan år 2000 exkluderades var att studien skulle beskriva dagens läge. Samtliga artiklar var genomförda i västvärlden, vilket var ett medvetet val för att studien skulle titta på livskvalitet hos kvinnor och män från liknande kulturer.

8.2 Resultatdiskussion

Inom dimensionerna vitalitet, mental hälsa och allmänt hälsotillstånd som ingår i SF-36, upptäcktes inga signifikanta skillnader i hur kvinnor och män skattade sin livskvalitet. Inom dessa dimensioner hade en försämring skett, men den såg någorlunda lika ut för kvinnor och män. Även om det inte är någon signifikant skillnad inom dessa dimensioner, skattade kvinnor sin livskvalitet som något lägre än vad män gjorde (Garavalia et al. 2007; Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005; Brink et al. 2002). De dimensioner där det gick att utläsa en tydlig skillnad var: fysisk funktion, den fysiska rollfunktionen, kroppslig smärta, social funktion och den emotionella rollfunktionen (Kristofferzon et al. 2005; Mendes de Leon et al. 2001; Brink et al. 2002; Woodend & Devins, 2005). Kvinnor som haft en hjärtinfarkt skattade sin livskvalitet sämre än män och kvinnor som inte haft en hjärtinfarkt (Norekvål et al. 2007).

Skillnaden i dimensionerna fysisk funktion, fysisk rollfunktion, kroppslig smärta, social funktion och emotionell rollfunktion, var att män skattade sin livskvalitet högre än kvinnor. Detta skulle kunna bero på att det inte har forskats lika mycket på kvinnor då det inom hjärt- och kärllforskningen har fokuserats mer på män (Schenck-Gustavsson, 2003). Eftersom kvinnor varit underrepresenterade kan det ha gett negativa effekter vid det akuta omhändertagandet av kvinnor, men även eftervården. Hjälpmedel, instrument och läkemedel är utprovade på män och behöver inte specifikt passa för kvinnor, då det finns biologiska skillnader mellan könen (Smirthwaite, 2007).

En annan faktor som kan bidra till kvinnors låga skattning av sin livskvalitet kan vara att kvinnor generellt sett är äldre när hjärtinfarkten inträffar, samt en högre prevalens av andra sjukdomar såsom diabetes och hypertoni som kan inverka på livskvaliteten (Schenck-Gustavsson, 2003; Kaul et al. 2007; Vaccarin, et al. 1999).

Kvinnor som inte känner till de atypiska symptomen, vilka i större omfattning drabbar dem (DeVon, Ryan, Ochs & Shapiro, 2008), leder till att de inte söker sjukvård i tid (O'Donnell et al. 2006). Tiden mellan symptom och intervention tenderar att vara längre hos kvinnor än hos män (Bufe et al. 2010). Detta kan ge komplikationer då tiden är av stor betydelse vid en hjärtinfarkt, eftersom det är av

vikt att få behandling i tid (Ayanian & Epstein, 1991). Både kvinnor och män som haft en tidigare hjärtinfarkt är mer benägna att tillskriva sina symptom till en hjärtinfarkt (Fukuoka et al. 2007), däremot är det vanligare hos män än kvinnor att ha haft en tidigare hjärtinfarkt då de återinsjuknar (Towfighi, Zheng & Ovbiagele, 2009). En viktig faktor kan vara attityder, förutfattade meningar och hur pass välinformerad vårdpersonalen är, i det akuta omhändertagandet.

En annan möjlig anledning till varför kvinnor har en försämrad livskvalitet efter en hjärtinfarkt kan vara hur deras livskvalitet har sett ut innan hjärtinfarkten. Trots att kvinnor lever längre än män, är de oftare sjuka, konsumerar mer vård och har en högre läkemedelsförbrukning, än män (Hammarström & Hensing, 2008; Smirthwaite, 2007).

I dimensionen fysisk funktion hade fyra studier kommit fram till en försämring av livskvaliteten från hjärtinfarkten till tolv månader senare. Två av dessa studier hade undersökt en större population, vilket innebär en större styrka i deras resultat (Mendes de Leon et al. 2001; Brink et al. 2002). Kristofferzon et al. (2005) visade att en förbättring hade skett från hjärtinfarkten till tolv månader senare, vilket motsäger de andra fyra studiernas resultat. Kristofferzon et al. (2005) hade ett lågt deltagarurval, samt var endast utförd på ett sjukhus. De båda äldre studierna (Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001) styrker de nyare och större studiernas resultat även om de hade ett mindre deltagarantal (Garavalia et al. 2007; Norris et al. 2007).

Kristofferzon et al. (2005) fann att den fysiska rollfunktionen och kroppsliga smärtan hade förbättrats under mätningarna, vilket motsäger Brink et al. (2002), Mendes de Leon et al. (2001) och Norris et al. (2007) studier. I de andra dimensionerna, rollfunktion-emotionella begränsningar, social funktion, vitalitet och allmänt hälsotillstånd styrker Kristofferzon et al. (2005) de andra tre studiernas resultat.

Målet för hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1992:567), 1 §, är en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Då kvinnor och mäns livskvalitet skiljer sig åt efter en hjärtinfarkt, tyder det på att den till viss del kanske inte uppfylls för de kvinnor och män som har en försämrad livskvalitet efter en hjärtinfarkt. Sen kan den försämrade livskvaliteten bero på många olika faktorer. Okunskap både hos

sjukvårdspersonal och hos patienter om hur de mindre vanliga symptomen ter sig vid en hjärtinfarkt kan vara en faktor.

Det ingår i sjuksköterskans yrkesroll och kompetensbeskrivning att uppdatera sin kunskap, och arbeta för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen 1995;5, 1996). Sjuksköterskan har en viktig roll i det akuta bemötandet av patienter med en akut hjärtinfarkt, då sjuksköterskan är en av de första som patienter möter när de kommer in på akutmottagningen. Där är det viktigt att sjuksköterskan har rätt kunskap, för att se till att patienten får ett gott akut omhändertagande. Sjuksköterskan är även viktig för eftervården där det också är viktigt att sjuksköterskan har rätt kunskap för att patienten ska kunna rehabiliteras till en fungerande vardag igen.

Hjärt- och kärlsjukdom är ett folkhälsoproblem i Sverige idag, och den allmänna sjuksköterskan kommer träffa på dessa patienter vart hon än jobbar (Socialstyrelsen, 2009).

8.3 Slutsats/er

Livskvaliteten hade försämrats hos kvinnor och män efter en hjärtinfarkt, och även om den förbättrades under mätningarna så återställdes den inte fullt ut (Garavalia et al. 2007; Woodend & Devins, 2005; Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001; Bogg et al. 2000; Yohannes et al. 2010).

Det som tydligast framkom, trots olika mätinstrument i studierna som granskades, var att kvinnor och mäns livskvalitet efter en hjärtinfarkt skiljde sig tydligt åt (Garavalia et al. 2007; Woodend & Devins, 2005; Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001; Bogg et al. 2000; Yohannes et al. 2010). Det kan bero på ett antal olika faktorer, från det akuta omhändertagandet-, rehabilitering-, tiden det tar för patienten att komma i kontakt med sjukvård-, biologiska skillnader mellan män och kvinnor-, till att det inte har forskats lika mycket på kvinnor inom hjärt- och kärllhälsa, som det har på män.

Generellt sett var mäns livskvalitet högre än kvinnors, då män skattade sin livskvalitet högre inom de olika dimensionerna. Om kvinnors livskvalitet förbättrades så gjorde även mäns det, inom samma studier (Kristofferzon et al. 2005; Yohannes et al. 2010) samma fenomen gäller även om livskvaliteten försämrades (Garavalia et al. 2007; Woodend & Devins, 2005; Norris et al. 2007; Kristofferzon et al. 2005; Brink et al. 2002; Mendes de Leon et al. 2001; Bogg et al. 2000).

Kardiovaskulär död minskar bland män, men inte bland kvinnor. Utgångsläget vid en hjärtinfarkt skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Kvinnors livskvalitet är sämre än mäns efter en hjärtinfarkt. Frågan är om det finns ett samband mellan utgångsläget för kvinnor och män, och livskvaliteten efter hjärtinfarkten.

8.4 Klinisk betydelse

Resultatet från denna studie kan vara en viktig indikation för framtida forskning, då skillnader mellan män och kvinnors livskvalitet upptäcktes efter en hjärtinfarkt. Då kvinnor och män har en försämrad livskvalitet efter en hjärtinfarkt visar det på att det krävs vidare forskning för att utröna om det går att förbättra livskvaliteten efter en hjärtinfarkt.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Vidare forskning behövs för att klargöra varför livskvaliteten är försämrad hos kvinnor och män, men främst hos kvinnor. Studier för att ta reda på om livskvaliteten går att förbättra efter en hjärtinfarkt. Mer resurser skulle behöva läggas på individer som ligger i riskzonen för hjärtinfarkt, men även rehabilitation efter en hjärtinfarkt, för att se om det påverkar livskvaliteten efter en hjärtinfarkt. Kunskapen behöver öka i befolkningen, för att få de kvinnor med mer diffusa symptom att söka hjälp i tid.

9 REFERENSER

Andersson, RN. (2001). Deaths: Leading causes for 1999. Hämtad 8 februari 2011, från U.S. Department of Health and Human services,

http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr49/nvsr49_11.pdf

Antman, E., Tanasijevic, M., Thompson, B., Schactman, M., McCabe, C., Cannon, C., & ... Braunwald, E. (1996). Cardiac-specific troponin I levels to predict the risk of mortality in patients with acute coronary syndromes. *The New England Journal Of Medicine*, 335(18), 1342-1349. Hämtad från EBSCOhost

Ayanian, J.Z., Epstein, A. M. (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *The new England Journal of Medicine*, 325(4), 221-225. Hämtad från databasen PubMed.

Bassand, J-P., Hamm, C. W., Ardissino, D., Boersma, E., Budaj, A., Fernández-Avilés, F., Fox, K. A. A., ... Wijns, W. (2007). Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: The task force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 28(13), 1598-1660. Doi: 10.1093/eurheartj/ehm161

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Bogg, J., Thornton, E., & Bundred, P. (2000). Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. *Coronary Health Care*, 4(4), 163-168. Hämtad från EBSCOhost.

Bowling, A. (2001). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. (2. ed.) Buckingham: Open University Pr.

Brink, E., Karlson, B., & Hallberg, L. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality

of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 5-16. Hämtad från EBSCOhost.

Brown, N., Melville, M., Gray, D., Young, T., Munro, J., Skene, A., & Hampton, J. (1999). Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*, 81(4), 352-358. Hämtad från EBSCOhost.

Bufe, A., Wolfertz, J., Dinh, W., Bansemir, L., Koehler, T., Haltern, G., & ... Lankisch, M. (2010). Gender-based differences in long-term outcome after ST-elevation myocardial infarction in patients treated with percutaneous coronary intervention. *Journal of Women's Health (15409996)*, 19(3), 471-475.
doi:10.1089/jwh.2009.1371

Mendes de Leon, CF, DiLillo, V., Czajkowski, S., Nortén, J., Schaefer, J., Catellier, D., & Blumenthal, J. (2001). Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: the ENRICH pilot study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 21(6), 353-362. Hämtad från EBSCOhost.

Cotton, P. (1990). Is There Still Too Much Extrapolation From Data on Middle-aged White Men?. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 263(8), 1049-1050. Hämtad från EBSCOhost.

Dallongeville, J., Marecaux, N., Isorez, D., Zylbergberg, G., Fruchart, J., & Amouyel, P. (1995). Multiple coronary heart disease risk factors are associated with menopause and influenced by substitutive hormonal therapy in a cohort of French women. *Atherosclerosis*, 118(1), 123-133. Hämtad från EBSCOhost.

DeVon, H., Ryan, C., Ochs, A., & Shapiro, M. (2008). Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *American Journal of Critical Care*, 17(1), 14-25. Hämtad från EBSCOhost.

Diercks, D., Peacock, W., Hiestand, B., Chen, A., Pollack, C., Kirk, J., & ... Roe, M. (2006). Frequency and consequences of recording an electrocardiogram >10 minutes after arrival in an emergency room in non-ST-segment elevation acute coronary

syndromes (from the CRUSADE Initiative). *American Journal of Cardiology*, 97(4), 437-442. Hämtad från EBSCOhost.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2., [uppdaterade] utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.

Fukuoka, Y., Dracup, K., Moser, D., McKinley, S., Ball, C., Yamasaki, K., & Kim, C. (2007). Is severity of chest pain a cue for women and men to recognize acute myocardial infarction symptoms as cardiac in origin?. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 22(3), 132-137. Hämtad från EBSCOhost.

Garavalia, L., Decker, C., Reid, K., Lichtman, J., Parashar, S., Vaccarino, V., & ... Spertus, J. (2007). Does health status differ between men and women in early recovery after myocardial infarction?. *Journal of Women's Health* (15409996), 16(1), 93-101. Hämtad från EBSCOhost.

Hammarström, A. & Hensing, G. (2008). *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv: arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Hofer, S., Lim, L., Guyatt, G., Oldridge, N. (2004). The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health Quality of Life Outcomes*, 2(3). Hämtad 15 mars 2011 från <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-2-3.pdf>

Johnston, N. (2011). Diagnostik av kranskärslsjukdom. K. Schenck-Gustafsson (red.), *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 57-69). Lund: Studentlitteratur.

Karolinska universitetssjukhuset (2010). *Fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt*. Hämtad 30 mars 2011, från Karolinska universitetssjukhuset,

<http://www.karolinska.se/verksamheternas/kliniker--enheter/hjartkliniken/hjartintensivavdelning/vad-ar-en-hjartintensivavdelning/information-om-hjartinfarkt/fysisk-aktivitet-efter-hjartinfarkt/>

Karolinska universitetssjukhuset (2011). *Hjärtinfarkt*. Hämtad 7 mars 2011, från Karolinska universitetssjukhuset,

<http://www.karolinska.se/verksamheternas/sjukdomar-tillstand--besvar/hjarta--karl/hjarta/hjartinfarkt/>

Kaul, P., Wei-Ching, C., Westerhout, C. M., Graham, M. M., & Armstrong, P. W. (2007). Differences in admission rates and outcomes between men and women presenting to emergency departments with coronary syndromes. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 177(10), 1193-1199. doi:10.1503/cmaj.060711

Khan, S. S., Nessim, S., Gray, R., Czer, L. S., Chau, A., & Matloff, J. (1990). Increased Mortality of Women in Coronary Artery Bypass Surgery: Evidence for Referral Bias. *Annals of Internal Medicine*, 112(8), 561. Hämtad från EBSCOhost.

King, C. R. (2003). Overview of Quality of Life and Controversial Issues. C.R. King & P.S. Hinds (red.), *Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice* (s. 29-42). (2. ed.). Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett.

Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 113-124. Hämtad från EBSCOhost.

Leslie, W. S., Urie, A., Hooper, J., Morrison, C. E. (2000). Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. *Heart*, 84(2), 137-141. doi: 10.1136/heart.84.2.137

Lidell, E. (1998). Vård och omvårdnad av patienter med hjärtinfarkt: Exemplet män. B. Fridlund (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (s. 27-45). Lund: Studentlitteratur.

Muller-Nordhorn, J., Roll, S., & Willich, S N. (2003). Comparison of the short form (SF)-12 health status instrument with the SF-36 in patients with coronary heart disease. *Heart*, 90(5), 523–527. doi: 10.1136/hrt.2003.013995

Norekvål, T., Wahl, A., Fridlund, B., Nordrehaug, J., Wentzel-Larsen, T., & Hanestad, B. (2007). Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 558. Hämtad från EBSCOhost.

Norris, C., Hegadoren, K., & Pilote, L. (2007). Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 92-98. Hämtad från EBSCOhost.

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

Rayle, A. (2005). Adolescent gender differences in mattering and wellness. *Journal Of Adolescence*, 28(6), 753-763. Hämtad från EBSCOhost.

Rosenfeld, A., Lindauer, A., & Darney, B. (2005). Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 14(4), 285-293. Hämtad från EBSCOhost.

Rosengren, A. & Hasdai, D. (2005). *Women & heart disease*. Wenger, N.K. & Collins, P. (red.) (2 ed.) Boca Raton, Fla: Taylor & Francis.

Schenck-Gustavsson, K. (2003). Kvinnor i hjärt- och kärlforskningen. K. Schenck-Gustafsson (red.), *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 18-26). Lund: Studentlitteratur

Schenck-Gustafsson, K. (2011). Kranskärslssjukdom. K. Schenck-Gustafsson (red.), *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 33-55). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SFS 1992:567. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

Signäs, G. (2010). Hjärtinfarkt. Hämtad 7 april 2011, från Vårdguiden, <http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Hjartinfarkt/>

Smirthwaite, G. (2007). *(O)Jämställdhet i hälsa och vård: En genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Socialstyrelsen 1995:5 (1996). *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Grafotext AB.

Sverige. Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Towfighi, A., Zheng, L., & Ovbiagele, B. (2009). Sex-specific trends in midlife coronary heart disease risk and prevalence. *Archives of Internal Medicine*, 169(19), 1762-1766. Hämtad från EBSCOhost.

Vaccarino, V., Parsons, L., Every, N., Barron, H., & Krumholz, H. (1999). Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 341(4), 217-225. Hämtad från EBSCOhost.

Woodend, A., & Devins, G. (2005). Gender of the care environment: influence on recovery in women with heart disease. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), 21-31. Hämtad från EBSCOhost.

World Health Organisation. (2011) Cardiovascular diseases: Fact sheet No.317. Hämtad 8 februari 2011, från World Health Organisation, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>

Yohannes, A., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2806-2813. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x

Bilaga 1

Tabell 1. Artikelpresentation

Art nr.	Författare År, Titel, Tidskrift, Land	Syfte	Metod/Urval/Perspektiv/ Antal deltagare(=N)	Resultat	Mätinstrument
1	Garavalia, L., Decker, C., Reid, K., Lichtman, J., Parashar, S., Vaccarino, V., & ... Spertus, J. (2007). <i>Does health status differ between men and women in early recovery after myocardial infarction?</i> Journal of Women's Health. USA.	Identifiera potentiella skillnader i tidig återhämtning efter en hjärtinfarkt mellan kvinnor och män.	Frågeformulär inom 24-72 timmar efter inskrivning samt datainsamling från patientens journal. Patienter med misstänkt hjärtinfarkt, över 18 år. Patientperspektiv N=2096	Kvinnors fysiska funktion, allmänna hälsotillstånd och mentala hälsa försämrades. Mäns fysiska funktion och allmänna hälsotillstånd försämrades.	SF-12 Kvinnor Män PCS: 36,1 PCH: 40,4 MCS: 52,1 MCH: 53,0 P-värde: < 0.001
2	Woodend, A., & Devins, G. (2005). <i>Gender of the care environment: influence on recovery in women with heart disease.</i> Canadian Journal of Cardiovascular Nursing. Kanada.	Den här studien undersökte möjligheten att den manliga normen inom behandling av hjärtsjukdom bidrar till könsskillnader i oro.	Patienter vart kontaktade via telefon 3 mån till 6 mån efter utskrivning och fick efter godkännande enkäter skickade hem. Patienter som upplevt sin första hjärtinfarkt. Patientperspektiv N=189	Vitaliteten försämrades hos kvinnor och män. Kvinnor- Förbättring i den mentala hälsan. Kvinnor och män led av ångest och depressiva symtom.	SF-36 Kvinnor Män: VT: 67,61 VT: 46,13 MH: 75,64 MH: 55,18 P-värde: 0.02
3	Norris, C., Hegadoren, K., & Pilote, L. (2007). <i>Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men.</i> European Journal of Cardiovascular Nursing. Kanada.	Undersöka hur könsskillnader i specifika depressionssymtom, relaterar till livskvaliteten, hos en kohort av individer efter en akut hjärtinfarkt.	Enkäter som deltagarna själva fick fylla i, sjuksköterskor samlade data från deltagarnas journaler. Pat. med en dokumenterad hjärtinfarkt som blev intagna på en av tio sjukvårdsinrättningar i Quebec, Kanada. Patientperspektiv. N=486	En försämring i alla åtta dimensioner visades hos kvinnor och män. Både kvinnor och män led av ångest samt depressiva symtom. 49% män och 35% kvinnor uppgav att de hade socialt stöd.	SF-36 Kvinnor: Män: RP:37,11 RP: 57,94 PF: 52,97 PF: 74,82 GH: 57,28 GH: 66,58 BP: 42,74 BP: 44,92 P-värde för BP: 0.10 SF: 67,42 SF: 77,93 VT: 67,61 VT: 61,04 MH: 65,55 MH: 71,8 RE: 55,1 RE: 64,08 P-värde för RE: 0.4 P-värde för resterande dimensioner: <0.01

4	<p>Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2005). <i>Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction</i>. Journal of Advanced Nursing. Sverige.</p>	<p>Syftet med studien var att jämföra självskattad coping, social support och livskvalitet hos kvinnor och män, 1,4 och 12 mån efter en hjärtinfarkt, med hänsyn till skillnader över tid och skillnader mellan kvinnor och män.</p>	<p>Pat. valdes konsekvent ut genom journaler på ett sjukhus, datainsamlingen gjordes genom olika enkäter. Pat. med en bekräftad hjärtinfarkt. Patientperspektiv. N=171.</p>	<p>En försämring för både kvinnor och män visades i dimensionerna: PF, RP, BP, RE</p> <p>Förbättring för kvinnor i MH.</p> <p>Försämring för män i MH.</p> <p>2 mest vanliga symtom hos kvinnor och män, andfäddhet vid ansträngning och allmän trötthet.</p>	<p>SF-36</p> <p>Kvinnor Män</p> <p>RP: 37,1 RP: 52,3</p> <p>P-värde: 0.009</p> <p>PF: 60,04 PF: 69,6</p> <p>P-värde: 0.02</p> <p>GH: 52,8 GH: 54,2</p> <p>P-värde: 0.38</p> <p>BP: 65,8 BP: 71,4</p> <p>P-värde: 0.04</p> <p>SF: 76,5 SF: 81,7</p> <p>P-värde: 0.21</p> <p>VT: 55,1 VT: 56</p> <p>P-värde: 0.22</p> <p>MH: 73,7 MH: 74,2</p> <p>P-värde: 0.12</p> <p>RE: 59,4 RE: 65,2</p> <p>P-värde: 0.11</p>
5	<p>Brink, E., Karlson, B., & Hallberg, L. (2002). <i>Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months</i>. Psychology, Health & Medicine. Sverige.</p>	<p>Syftet var att utforska livskvalitet och copingstrategier hos pat. som haft en primär hjärtinfarkt, 5 mån efter utskrivning från sjukhus. De huvudsakliga frågorna handlade om könsskillnader.</p>	<p>Pat. inskrivna på hjärtkliniken på Uddevalla sjukhus frågades om deltagande i en longitudinell studie, om hälsa och livskvalitet. Pat. fick svara på frågor om demografisk data och mental stress. Pat. som haft sin första hjärtinfarkt. Patientperspektiv. N=114</p>	<p>I 7 dimensioner visades både för kvinnor och män en försämring: RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH.</p> <p>Hos kvinnor visades en försämring i dimensionen PF.</p> <p>2 mest vanliga symtomen: Andfäddhet vid ansträngning och allmän trötthet.</p>	<p>SF-36</p> <p>Kvinnor Män</p> <p>RP: 27 RP: 42,5</p> <p>PF: 52,1 PF: 67,8</p> <p>GH: 60,1 GH: 60,6</p> <p>BP: 60,1 BP: 73,1</p> <p>P-värde för BP: <0.05</p> <p>SF: 71,6 SF: 82,6</p> <p>P-värde för SF: <0.05</p> <p>VT: 52 VT: 57,9</p> <p>MH: 70,1 MH: 75,4</p> <p>RE: 37,8 RE: 54,5</p> <p>P-värde för resterande: <0.001</p>
6	<p>Mendes de Leon, CF., DiLillo, V., Czajkowski, S., Norten, J., Schaefer, J., Catellier, D., & Blumenthal, J. (2001). <i>Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: the ENRICH pilot study</i>. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. USA.</p>	<p>Avgöra om en psykosocial intervention i syfte att lindra depression och förbättra det sociala stöd minskar dödligheten och återkommande morbiditet hos patienter med hjärtinfarkt som är deprimerade eller har lågt socialt stöd.</p>	<p>Enkäter som deltagarna själva skulle besvara. Patienter valdes ut så att de var representativa för det mångfald av patienter med avseende på kön och etnicitet i området där studien utfördes. Patientperspektiv. N=88.</p>	<p>Kvinnor visade försämring i: PF, RP, BP, och SF.</p> <p>Män visade försämring i RP och BP.</p> <p>Kvinnor led av depressiva symtom och ångest.</p>	<p>MOS-SF-36</p> <p>Kvinnor Män</p> <p>PF: 44,9 PF: 49,9</p> <p>RP: 49,1 RP: 38,1</p> <p>BP: 70,3 BP: 63,2</p> <p>P-värde: 0.33</p>

7	<p>Bogg, J., Thornton, E., & Bundred, P. (2000).</p> <p><i>Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction.</i></p> <p>Coronary Health Care. Storbritannien.</p>	<p>För att bedöma inverkan av kön på resultatet efter en hjärtinfarkt, var syftet att identifiera effekten av och variation i psykologisk reaktion av en primär hjärtinfarkt.</p>	<p>Enkäter för deltagarna att själva fylla i.</p> <p>Deltagarna skulle vara >75 år, inte lida av någon kognitiv nedsättning, haft en stroke, vara dementa, ej lida av mental sjukdom och ha fått diagnosen hjärtinfarkt inom 4 dagar efter inskrivning på sjukhus.</p> <p>Patientperspektiv.</p> <p>N=220.</p>	<p>En försämring visades hos kvinnor och män i social funktion.</p> <p>Kvinnor och män led av depressiva symtom och negativ sinnesstämning.</p>	<p>Likert scale</p> <table border="0"> <tr> <td>Kvinnor</td> <td>Män:</td> </tr> <tr> <td>Emotional: 17,4</td> <td>14,4</td> </tr> <tr> <td>Physical: 9,6</td> <td>9,2</td> </tr> <tr> <td>Social: 4,1</td> <td>3,7</td> </tr> <tr> <td colspan="2">P-värde: 0.01</td> </tr> </table>	Kvinnor	Män:	Emotional: 17,4	14,4	Physical: 9,6	9,2	Social: 4,1	3,7	P-värde: 0.01	
Kvinnor	Män:														
Emotional: 17,4	14,4														
Physical: 9,6	9,2														
Social: 4,1	3,7														
P-värde: 0.01															
8	<p>Yohannes, A., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010).</p> <p><i>The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life.</i></p> <p>Journal of Clinical Nursing. Storbritannien.</p>	<p>Undersöka de långsiktiga fördelarna med sex veckors omfattande hjärtrehabiliterings program för fysisk aktivitet, psykiskt välbefinnande och livskvalitet med kranskärtsjukdom.</p>	<p>Fysiska mätningar och enkäter som pat. fick fylla i själva.</p> <p>Pat. rekryterades som blivit remitterade till ett sjukhusbaserat omfattande öppenvårds hjärtrehabiliteringsprogram efter en hjärtinfarkt.</p> <p>Patientperspektiv. N=147.</p>	<p>Män hade en hög energiförbrukning 12 månader efter hjärtinfarkten.</p> <p>Kvinnor och män påvisade en minskning i depressiva symtom 12 månader efter hjärtinfarkten</p>	<p>Macnew health- related quality of life</p>										