

Kunskap om kvinnors erfarenheter av att ha  
drabbats av en första hjärtinfarkt  
- En integrerad litteraturöversikt

Linda Hansson  
Viktoria Larsson Svärling

**Sjuksköterska  
2018**

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Kunskap om kvinnors erfarenheter av att ha drabbats av en  
första hjärtinfarkt - En integrerad litteraturöversikt

Knowledge of women's experiences of suffering from a first  
heart attack - An integrated review

**Linda Hansson och Viktoria Larsson Svärling**

Kurs: O0009H, Examensarbete  
Termin 6, HT 2018  
Sjuksköterskeprogrammet 180 HP  
Handledare: Malin Olsson

# Kunskap om kvinnors erfarenheter av att ha drabbats av en första hjärtinfarkt - En integrerad litteraturöversikt

Linda Hansson

Viktoria Larsson Svärling

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsovetenskap  
Luleå tekniska universitet

## **Abstrakt**

Hjärtinfarkt är ett av de största hälsoproblemen i Sverige idag. Kvinnor drabbas i stor utsträckning av hjärtinfarkt men de riskeras att missas då den mesta evidensen utgår från ett manligt perspektiv och normer. Syftet med denna integrerade litteraturöversikt var att sammanställa kunskap inom omvårdnadsforskning om kvinnors erfarenheter efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt. En integrerad litteraturöversikt enligt Whitemore och Knafl metod utfördes och granskades enligt SBU:s riktlinjer. Kvalitativa, kvantitativa och mix studier sammanställdes. Sökningen utfördes i databasen CINAHL. Resultatet visade att kvinnors symtom vid en första hjärtinfarkt särskildes sig från mäns symtom och riskerades att missas av vården på grund av kunskapsbrist. Kvinnor avvaktade att uppsöka vård på grund av ovisshet kring symtomens allvar. Sjuksköterskan behöver uppmärksamma prodromala symtom samt lyfta frågor kring sexuellt samliv. Ny evidens behövs för att få kunskap om kvinnors upplevelser av att drabbas av en första hjärtinfarkt.

**Nyckelord:** Myocardial Infarction, "heart attack", "Life Change Events", "Quality of Life", Emotions, Experience, woman, women, gender, sex factors, Gender differences

Denna integrerade litteraturöversikt fokuserar på att sammanställa kunskap om kvinnors upplevelser av att drabbas av en första hjärtinfarkt. Hjärtinfarkt är ett av de stora hälsoproblemen i dag (GBD 2016 Risk Factors Collaborators: Forouzanfar et al., 2015; Perk et al., 2012; Yusuf et al., 2004; Socialstyrelsen, 2018). I Sverige är det nästan lika vanligt att kvinnor drabbas av hjärtinfarkt som män (Folkhälsomyndigheten, 2018; Socialstyrelsen, 2011). Det är skillnader på när män och kvinnor söker vård på grund att deras symtom skiljer sig åt (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2012). Kvinnor har oftast andra symtom än män när de får en hjärtinfarkt. Kvinnor har inte den "typiska" bröstsmärtan som män (Albarran, Clarke & Crawford, 2007; Kawamoto et al., 2016; Patel et al., 2004). De tolkar ofta sina symtom och härleder dem till andra bakomliggande faktorer, detta kan leda till att kvinnor inte får rätt behandling eller diagnos (Albarran et al., 2007; McSweeney et al. 2014).

Enligt Hammarström och Annandale (2012) samt Verdonk et al. (2009) är mannens perspektiv och biologiska funktioner normen inom medicinsk forskning. Därför riskerar kvinnor att få sämre vård anpassad till det egna könet (Pherson & Tengelin, 2015; Smirthwaite et al., 2014). Precis som kvinnor finns det andra grupper i vården som riskerar att få sämre vård på grund utav samhällets normer. Exempelvis dålig utbildning, etnicitet, kön och ålder (Crenshaw, 1991; Hammarström & Annandale, 2012; Hausmann, 2007; Lehti et al., 2017; Lycke, 2005; McCall, 2005; Osika Friberg, I., Krantz, G., Määttä, S. & Järbrink, K., 2016; Socialstyrelsen, 2018). En utlandsfödd och lågutbildad kvinna har sannolikt oftare stött på diskriminering än en svenskfödd välutbildad man (Socialstyrelsen, 2018). Ett intersektionellt perspektiv innebär att det finns flera faktorer som påverkar hur individer och grupper är positionerade i samhället. Interaktionen mellan socialt konstruerade grupper såsom kön, ras, klass, sexuell läggning samt socioekonomiska förhållanden och hur det påverkar och inverkar i människans liv (Crenshaw, 1995; Lycke, 2005; McCall, 2005). Vilket resulterar i att kunskap om upplevelser och erfarenheter går förlorad i vården (Harding, 1986; Hammarström & Annandale 2012; Osika Friberg et al., 2016). Samhället har ett ansvar för att säkerställa de mänskliga rättigheterna och att värna om människors tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor (Smirthwaite, Tengelin & Borrman, 2014).

Sjuksköterskans kompetens styrs av riktlinjer framtagna av International Council of Nurses ([ICN], 2012) och Svensk sjuksköterskeförening ([SSF], 2017). Sjuksköterskans kärnkompetens och ansvarsområde handlar om att tillämpa ett salutogent perspektiv. Vilket innebär att se patienten som en helhet (Antonovsky, 2005; SSF, 2017). Sjuksköterskan ska ha

ett personcentrerat förhållningssätt och se varje enskild individ som unik samt respektera och lyssna till dennes önsknings och behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Kvinnans symtom vid en hjärtinfarkt kan ibland indikeras som en känsla av strålning likt nålar i fingrar och armar, som sträcker sig uppåt mot käken och skuldror (Albarran et al., 2007; McSweeney et al., 2014). Kvinnor kan uppleva förkänningar av fatigue, andfåddhet och orkeslöshet en tidsperiod innan de drabbats av en första hjärtinfarkt, men trots symtomen uppsöker de inte vård. Kvinnor härleder den extrema tröttheten till andra symtom än en hjärtinfarkt (Falk et al., 2007; Hägglund et al., 2008). Vetenskapliga studier uppmärksammar att kvinnor inte tänker på de ärftliga riskfaktorerna som kan ligga bakom hjärt- och kärlsjukdomar (Albarran et al., 2007).

God hälsa och tillgång till vård och behandling är ojämnt fördelat såväl internationellt som nationellt (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2012). Under 2016 drabbades cirka 25 700 personer i Sverige av akut hjärtinfarkt. Kvinnor står för cirka 40 procent av de incidenta fallen (Folkhälsomyndigheten, 2018; Socialstyrelsen 2018).

Vårdvetenskaplig forskning har inte sett fördelarna med att se skillnader på kvinnor och män och den vård som ges (Foss, 2002; Socialstyrelsen, 2017). *“Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”* (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2017:30, kap. 3, 1 §). Vilket ställer krav på sjuksköterskans kompetens att ständigt uppdatera sina kunskaper (HSL, SFS 2017:30). Vården har mindre evidens om kvinnors symtom vilket leder till sämre kvalitet i omvårdnaden (Foss, 2002; Loikas et al., 2015; Pherson & Tengelin, 2015; Öhman, 2009). Kvinnors vård och behandling vid hjärtinfarkt visar på stora skillnader jämfört med män när det gäller det: medicinska omhändertagandet, väntetider till behandlingar, specialistvård eller operation. Även rehabiliteringstiden är sämre för kvinnor (Holmgren et al., 2014; Osika et al., 2016; Schenck-Gustafsson, 2001; Smirthwaite et al., 2014). Enligt Cornells (2012) “genusordning” har kvinnor och män ofta blivit jämförda som två motsatser till varandra. Kvinnan ska föda barn, vara beroende av andra, mer passiv och emotionell. Mannen har ansett vara aktiv, självständig och oberoende. Dessa motsatser har resulterat i att mannen stått högre upp i hierarkin i samhället än kvinnor (Gatens, 2013). Historiskt sett har kvinnor inte haft samma rättigheter eller samhällsstatus som män (Määttä & Öresland, 2014; Öresland, 2011).

Genus är ett begrepp av de sociala normer, föreställningar, uttryck och egenskaper som ett samhälle formar. Genus används för att särskilja socialt kön från det biologiska könet. Det biologiska könets uppdelning är kvinnor och män (Vetenskapsrådet, 2007; Öhman, 2009). Genus och kön har stor betydelse för hur vi uppfattar, bemöter och behandlar individer. Patienter ska bemötas utifrån deras genus, men omvårdnad bör utgå från det biologiska könet. Lika behandling av könen riskerar att "könsblindhet" resulterar i att det ena könet får sämre eller felaktig vård på grund att vården utgår från manliga normer och vården inte blir jämlik (Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin, 2015; Socialstyrelsen, 2011; Öhman, 2009). Det är viktigt att se över den kunskap som finns inom kvinnors upplevelser, erfarenheter och symtom kring en första hjärtinfarkt. I nuläget finns mer evidens och forskning kring mäns upplevelser, erfarenheter och symtom. Det är stora skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelser, men det har inte uppmärksammats inom forskning (Foss, 2002; Socialstyrelsen, 2017). De vetenskapliga studier som utförts inom hjärt- och kärlsjukdomar har haft fokus på män, då det ansetts vara ett manligt hälsoproblem. Därför finns det inte lika mycket evidens eller forskning om kvinnors diagnostik, vård eller behandlingar (O Keefe-McCarthy, 2008). Kvinnliga symtom skiljer sig ofta från manliga när de drabbas av en hjärtinfarkt (Kawamoto, Davis & Duvernoy, 2016). Därför valet att fokusera vårt arbete på genusaspekter vid en första hjärtinfarkt hos kvinnor.

Syftet är att sammanställa kunskap kring hur kvinnors erfarenheter av en första hjärtinfarkt studeras inom omvårdnadsforskning.

Specifika frågeställningar:

- Hur sjuksköterskan uppmärksammar kvinnor?
- Antas ett genusperspektiv vid studierna?
- Problematiserar kvinnors villkor?
- Hur yttrar sig kvinnors symtom?
- Hur beskrivs upplevelser av kroppen?
- Hur upplever kvinnor sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalité?

## Metod

Vi valde att göra en integrerad litteraturoversikt. För att få en bred, djup och samlad kunskap inom det valda området. Det är möjligt att integrera resultat från omvårdnads vetenskapliga studier med olika metoder (jfr. Whittemore & Knafl, 2005). Vi har valt att hämta kunskapen från originalkällor (jfr. Backman, 2008; Whittemore & Knafl, 2005).

### Litteratursökning

Innan de integrerade sökningen utfördes gjordes en pilotsökning i Google Scholar för att få en överblick över den kunskap som finns inom det valda området. Genom pilotsökningen kunde inklusions- och exklusionskriterier och sökorden fastställas. Inklusionskriterierna: vetenskapliga studier, kvinnors som drabbats av en första hjärtinfarkt, upplevelser tiden innan och efter, omvårdnadsfokus. Begränsningar i sökningen: Peer Review, vilket innebär att de vetenskapliga studierna är granskade av ämnesexperter innan publicering. De vetenskapliga studierna ska finnas i fulltext, publicerade mellan 2010-2018, publicerat språk: engelska, geografiska begränsningen: Europa, åldersintervall på deltagarna i studierna: middle aged 45-64 years, median ålder inom intervallen. Sökning utfördes i CINAHL, för det är den mest relevanta databas för en integrerad beskrivning av samlad kunskap inom området omvårdnad med fokus på upplevelser. Både Headings (CH) och fritextsökning (FT) gjordes i databasen. Sökorden som användes var: "Myocardial Infarction", "heart attack", "Life Change Events", "Quality of Life, Emotions", "Experience", "woman", "women", "gender", "sex factors", "Gender differences". Citattecken användas för att förhindra omkastning och uppdelning av de specifika sökorden. Explode användes för att inkludera underordnade termer av sökordet. För att få relevanta träffar användes Booleska sökoperatörer "AND" och "OR" för att utöka sökningen. Det finns en tredje Boolesk sökoperatör "NOT" som används för att begränsa sökningar (jfr. Backman, 2008; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Litteratursökningen redovisas i Tabell 1.

**Tabell 1** Översikt av litteratursökning

<b>Syftet med sökning: Att sammanställa kunskap inom omvårdnadsforskning om kvinnors erfarenheter och upplevelse efter att ha drabbats av sin första hjärtinfarkt</b>				
<b>CINAHL 2018-09-11 Begränsningar: Peer Review, full text, publicerad 2010-2018, engelska, Europe, middle aged: 45-64 years</b>				
Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	CH	(MH "Myocardial Infarction+")	26379	
2	FT	"heart attack"	1869	

**Tabell 1. Forts. Översikt av litteratursökning**

<b>Syftet med sökning: Att sammanställa kunskap inom omvårdnadsforskning om kvinnors erfarenheter och upplevelse efter att ha drabbats av sin första hjärtinfarkt</b>				
<b>CINAHL 2018-09-11 Begränsningar: Peer Review, full text, publicerad 2010-2018, engelska, Europe, middle aged: 45-64 years</b>				
<b>Söknr</b>	<b>*)</b>	<b>Söktermer</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda</b>
3		S1 OR S2	27134	
4	CH	(MH "Life Change Events+")	31127	
5	CH	(MH "Quality of Life+")	64499	
6	CH	(MH "Emotions+")	69881	
7	FT	Experience*	238095	
8		S4 OR S5 OR S6 OR S7	366891	
9	FT	"woman"	26139	
10	FT	"sex factors"	63439	
11	FT	"Gender differences"	6184	
12		S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	1074530	
13		S3 AND S8 AND S15	1240	
14		S3 AND S8 AND S15 Limiters: Peer Reviewed	1132	
15		S3 AND S8 AND S15 Limiters: Peer Reviewed, Published Date: 20100101- 20181231	457	
16		S3 AND S8 AND S15 Limiters: Peer Reviewed, Published Date: 20100101- 20181231, English Languages	447	
17		S3 AND S8 AND S15 Limiters: Peer Reviewed, Published Date: 20100101- 20181231, English Languages, Geographic: Europe	111	
18		S3 AND S8 AND S15 Limiters: Peer Reviewed, Published Date: 20100101- 20181231, English Languages, Geographic: Europe, Middle aged: 45-64 years	86	40

\* CH – CINAHL Headings i databasen CINAHL, FT – fritext sökning.



Sökningen resulterade i 40 vetenskapliga studier. Titel och abstrakt lästes på de vetenskapliga studierna och utav dessa 40 exkluderas 22 vetenskapliga studier då dessa inte svarade på syftet. Av de 18 valdes 11 studier som överensstämde med vårt syfte samt svarade på våra frågeställningar. Dessa 11 studier lästes ett flertal gånger för att förstå innehåll och sammanhang innan de kvalitetsgranskades. Vi har exkluderat 7 studier som inte uppfyller våra inklusionskriterier. Kvalitetsgranskning av de utvalda vetenskapliga studierna utfördes med hjälp av SBU:s granskningsprotokoll, anpassad till respektive studiens metodologiska ansats för att kunna säkerhetsställa kvaliteten på studierna (jfr. Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Granskningsprotokollens frågor bearbetades och endast de frågor som besvarades med Ja poängsattes. Poängsumman omvandlas till procent, utifrån antal ja och där grad av kvalitet på de vetenskapliga studierna kunde fastställas. Kvalitetsgradering av studier: grad en hög kvalitet: 80-100%, grad två medelhög kvalitet 70-79%, grad tre låg kvalitet 60-69%, under 60 % uppfyller de inte kvalitetsnivån (jfr. Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). De inkluderade studierna författare, typ av studie, deltagare metod, huvudfynd och kvalitet redovisas i tabell 2 (jfr. Willman et al., 2016).

**Tabell 2** Översikt över vetenskapliga studier ingående i analysen (n= 12)

Författare/År /Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/ Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Fransson et al., 2014 Sverige	Kvalitativ	(n=127) kvinnor (n=91/72) män (n=36/28) Median 61 år	Frågeformulär Longitudinell	Kvinnor och mäns syn på deras intima relationer efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt skiljer sig åt. Viktigt att vården informerade kvinnor och dennes partner om sexuellt samliv.	Hög
Fuochi & Foà, 2018 Italien	Mixed method	(n=134) Kvinnor Median 62/53 år	(n=57) Kvalitativa Semistrukturerade intervjuer (n=77) Kvantitativa Frågeformulär	Kvinnor upplevde att de hade sämre livskvalité efter de drabbats av en första hjärtinfarkt. Socialt stöd och coping strategier hade stor betydelse för återhämtningen.	Hög
Gyberg et al., 2016 Sverige	Kvalitativ	(n=17) Kvinnor Median 64 år	Intervjuer Grounded theory	Kvinnor väntade länge med att söka vård, de visste inte att de hade symtom på en första hjärtinfarkt. De bortförklarade symtomen till andra bakomliggande faktorer. Först när deras dagliga liv påverkades negativ sökte de vård.	Medel

**Tabell 2. Forts. Översikt över vetenskapliga studier ingående i analysen (n= 12)**

<b>Författare/År /Land</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Metod</b> Datainsamling/ Analys	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalitet</b> (Hög, Medel, Låg)
Herning et al., 2011 Danmark	Kvalitativ	Kvinnor (n=14)	Öppna Intervjuer Fenomenologisk	Studiens slutsatser för minskad patient fördröjning indelas i: identifiera sina symptom på en första hjärtinfarkt, ha en handlingsplan, socialt stöd, att leva med någon eller kontakta utomstående, påverkade när kvinnorna sökte vård för sina symtom. Vården behövde bli bättre på att informera om symtom på en första hjärtinfarkt.	Hög
Johansson et al., 2010 Sverige	Kvalitativ	(n=144) kvinnor (n=204) män (n=60) Median 64 år	Frågeformulär 4 månader efter hjärtinfarkten Longitudinell	Studien kom fram till att det är viktigt att utbilda hjärt- sjuksköterskor att identifiera psykosociala symtom hos patienter som drabbats av en första hjärtinfarkt för att hjälpa dem bibehålla: hälsa, sömn och välbefinnande.	Medel
Junehag et al., 2014 Sverige	Kvalitativ	(n=20) deltagare (n=6) kvinnor (n=14) män Median med mentor 62,2 år och utan mentor 60,3 år	Semistrukturerade Intervjuer	Studien visade på att de som drabbats av en första hjärtinfarkt inte alltid uppvisade de känslor de upplevde utan uttryckte andra känslor. Tre huvudteman framkom: lära sig leva ett nytt liv, lära sig acceptera kroppen och vikten av att ha stöd efter en första hjärtinfarkt.	Medel
Korzeniowska- Kubacka et al., 2017 Polen	Kvantitativ	(n=62) deltagare (n=30) kvinnor median 59,2 år (n=32) män, median 56,3 år	Observations studie	Studien visade på att regelbunden träning hade goda egenskaper att minska kvinnors upplevelser av ångest och depression efter en första hjärtinfarkt. Det var viktigt att informera om fördelar med fysisk aktivitet.	Hög
Madsen & Birkelund, 2015 Danmark	Mixed method	Studier (n = 14) Deltagare (n=231)	Individuella Intervjuer	Tre huvudteman identifierades: Känna förändringarna i kroppen, förstå förändringarna i kroppen och agerar på förändringarna i kroppen.	Medel

**Tabell 2. Forts.** Översikt över vetenskapliga studier ingående i analysen (n= 12)

Författare/År /Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/ Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Sjöström-Strand et al., 2011 Sverige	Kvalitativ	Kvinnor (n=12) Ålder 40-50 (n=2) Ålder 51-60 (n=2) Ålder 61-70 (n=4) Ålder 71-80 (n=3) Ålder 81-90 (n=1)	Intervjuer Uppföljning 5 år efter MI Empirisk	Kvinnor upplevde nedsatt fysisk ork, begränsningar i vardagliga livet, sämre livskvalité och ökad trötthet. Rädsla att drabbas igen. Vikten av livsstilsförändringar.	Hög
Söderberg et al., 2013 Sverige	Kvalitativ	Kvinnor (n=11) Median 57,5 år	Semistrukturerade Intervjuer Fenomenologisk hermeneutisk	Enligt studien var kvinnor rädda för att återuppta sitt sexuella samliv med sin partner efter ha drabbats av en första hjärtinfarkt. Kvinnor lade inte lika stor vikt vid att vara sexuellt aktiva som män. Rehabilitering, medicinering, träning, kostråd och psykosocialt stöd erbjöds i många länder medan fokus på sexliv saknades.	Hög
Thylén & Brännström, 2015 Sverige	Kvantitativ	Kvinnor (n=36) Män (n=92) Median 62 år	RCT Frågeformulär Longitudinell retro- perspektiv	Kvinnor som drabbades av en första hjärtinfarkt och levde med en partner uppgav inga skillnader i deras sexuella samliv. Närhet och omsorg ger välbefinnande. Studien uppmärksammade att vården behövde ta mer initiativ till att prata om sexuell hälsa.	Medel

### Analys

Vi har valt att använda en analys som tillåter att både studier med kvalitativ och kvantitativ design kan sammanställas utifrån respektive resultat. En stegvis modell för integrerad litteraturöversikt enligt Whitemore och Knafl (2005) utgjorde vår utgångspunkt för analysarbetet. Resultaten i de vetenskapliga studier som inkluderats lästes initialt på ett övergripande sätt för att få en överblick av hur den samlade kunskapen ser ut. Efter detta

identifierades de delar som svarade på de specifika frågeställningarna vi formulerat. Tre nya frågeställningar växte fram i den aktuella analysens gång (jfr. Whittemore och Knafl (2005)). Frågeställningarna fick utgöra olika teman (Tabell 3, tema A-F) och dessa användes i en matris där vi placerade in respektive studie som ingick i analysen. Detta underlättade tillvägagångssättet för att söka svar på våra frågeställningar. Textenheter från de vetenskapliga studierna extraherades och kodades. De kodade textenheterna lästes igen och grupperades under respektive frågeställning/ tema den svarade på. Därefter lästes materialet igen och textenheterna kondenserades och skrevs om till en syntetiserad text (jfr. Whittemore och Knafl, 2005). Resultaten sammanställdes och presenterades i en tabell med teman, samt en beskrivande text som redogör för kunskapsläget. Översikt av resultatet redovisas i tabell 3 nedan.

I tabellen redovisas förekomst av svar på de frågeställningar vi formulerat. Tema A fokuserade på hur sjuksköterskan uppmärksammade kvinnor. Tema B fokuserade på genusperspektiv vid genomförandet av studierna. Tema C fokuserade på problematisering av kvinnors villkor i vården. Tema D fokuserade på kvinnors symtom. Tema E fokuserade på kvinnors upplevelser av att leva med en förändrad kropp. Tema F fokuserade på sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalité hos kvinnor.

**Tabell 3** Översikt över vetenskapliga studiers resultat (Tema A-F)

Referenser	Tema A	Tema B	Tema C	Tema D	Tema E	Tema F
Fransson et al., 2014	X	X	X			
Fuochi & Foà, 2018	X	X	X	X	X	X
Gyberg et al., 2016	X	X	X	X	X	X
Herning et al., 2011	X	X	X	X		
Johansson et al., 2010	X	X	X	X	X	X
Junchag et al., 2014	X	X	X	X	X	X
Korzeniowska-Kubacka et al., 2017	X	X	X		X	X
Madsen & Birkelund, 2015	X	X	X	X	X	X
Sjöström-Strand et al., 2011	X	X	X	X	X	X
Søderberg et al., 2013	X	X	X	X	X	X
Thylén & Brännström, 2015	X	X	X	X	X	X

## Resultat

### **Sjuksköterskans uppmärksamhet inom hälso- och sjukvård för kvinnor vid en första hjärtinfarkt**

Två studier (Gyberg et al., 2016; Sjöström-Strand et al., 2011) visade på att sjuksköterskorna inte alltid uppmärksammade kvinnor när de uppsökte vården. Det rådde oklarhet enligt en studie (Söderberg et al., 2013) var och när det skulle sättas in resurser till att informera kvinnor om hjärtinfarkt och rehabilitering. Om det skulle ske på sjukhuset eller efter utskrivning. Vilket styrker att mer omvårdnadsforskning behövdes inom området. Fem studier (Herning et al., 2011; Johansson et al., 2010; Junehag et al., 2014; Korzeniowska-Kubacka et al., 2017; Madsen & Birkelund, 2015) uppmärksammade att det behövdes mer kunskap, längre uppföljning, stöd, patientutbildning och ett behov att möta andra kvinnor med samma erfarenheter. Studien (Junehag et al., 2014) visade att missnöje fanns bland kvinnliga patienter kring deras uppföljning efter de drabbats av en första hjärtinfarkt. Dock visade studien undantagsfall där fåtalet kvinnor var nöjda med uppföljningen. Sju studier (Fransson et al., 2014; Gyberg et al., 2016; Herning et al., 2011; Johansson et al., 2010; Madsen & Birkelund, 2015; Sjöström-Strand et al., 2011; Söderberg et al., 2013) tog upp vikten av information om kvinnliga symtom på en första hjärtinfarkt behövde förbättras, samt en handlingsplan, vilket skulle påverka vårdtiden positivt och leda till kortare vårdtid och snabbare rehabilitering.

Två studier (Sjöström-Strand et al., 2011; Thylén & Brännström, 2015) visade på att det är av stor vikt att sjuksköterskor har kunskaper och ständigt uppdaterar sina kunskaper om genusaspekter samt ser skillnader på kvinnor och män. Att inte utgå ifrån de manliga normerna när kvinnor söker vård. Tre studier (Fransson et al., 2014; Korzeniowska-Kubacka et al., 2017; Sjöström-Strand et al., 2011) visade på att kvinnor hade längre väntetider än män till behandling. Det var av stor vikt att sjuksköterskorna såg fördelarna med att inte låta kvinnor vänta på behandling. En studie (Sjöström-Strand et al., 2011) uppmärksammade att det fanns mindre vetenskaplig evidens med fokus på kvinnor. Vilket ledde till att det saknades evidens om långsiktiga kunskapsunderlag för uppföljning av kvinnor som drabbats av en första hjärtinfarkt. Två studier (Fransson et al., 2014; Sjöström-Strand et al., 2011) tog även upp vikten av att fortsätta ta fram ny omvårdnadsvetenskaplig evidens med fokus på kvinnor. Resultatet visade att kvinnor inte uppmärksammades av sjuksköterskor inom vården som män.

### **Genusperspektiv vid genomförandet av studierna**

Sex studier (Fuochi & Foà, 2018; Gyberg et al., 2016; Madsen & Birkelund, 2015; Herning et al., 2011; Sjöström-Strand et al., 2011; Søderberg et al., 2013) hade ett genusperspektiv med enbart kvinnliga deltagare i studierna medan fem studier (Fransson et al., 2014; Korzeniowska-Kubacka et al., 2017; Johansson et al., 2010; Junehag et al., 2014; Thylén & Brännström, 2015) hade ett genusperspektiv uppdelat mellan könen, kvinnor och män. Där det gick att särskilja och härleda resultaten ur ett kvinnligt perspektiv. Resultatet visade att en medvetenhet om genusaspekter framkom då och då inom omvårdnadsvetenskapliga studier, men uppmärksammades inte alltid.

### **Problematisering av kvinnors villkor i vården vid en första hjärtinfarkt**

Fyra studier (Gyberg et al., 2016; Johansson et al., 2010; Korzeniowska-Kubacka et al., 2017; Madsen & Birkelund, 2015) visade på att kvinnor inte hade samma villkor som män inom vården. En studie (Gyberg et al., 2016.) tog upp att kunskap om kvinnliga symtom saknades samt att de inte alltid fanns tillgänglig sjukvård när kvinnor kontaktade vården. Studier (Korzeniowska-Kubacka et al., 2017; Madsen & Birkelund, 2015) visade att kvinnors symtom inte var förknippade med en första hjärtinfarkt vilket ledde till att kvinnor fick vänta längre än män på behandlingar, detta påverkade kvinnors psykiska hälsa negativt. Resultatet visade på att kvinnor inte hade samma villkor som män i vården.

### **Kvinnors upplevelser av symtom vid en första hjärtinfarkt**

Enligt studier (Fuochi & Foà, 2018; Gyberg et al., 2016; Madsen & Birkelund, 2015; Herning et al., 2011) härledde inte kvinnorna sina symtom som livshotande utan försöker bortförklara eller behandla symtomen själva. Kvinnorna kunde inte ta till sig sina symtom på allvar och visste inte när de var dags att söka vård. Kvinnor får andra symtom än män vilket ledde till att de inte förstod att de drabbas av en första hjärtinfarkt (Herning et al., 2011; Madsen & Birkelund, 2015; Sjöström-Strand et al., 2011). Två studier (Gyberg et al., 2016; Madsen & Birkelund, 2015) tog upp att kvinnor väntade med att söka vård trots påverkan på hälsan för det vill fortsätta med sina vardagliga liv och inte behöva göra paus i sin vardag. Studier (Fransson et al., 2014; Gyberg et al., 2016; Korzeniowska-Kubacka et al., 2017; Madsen & Birkelund, 2015; Junehag et al., 2014; Thylén & Brännström, 2015; Sjöström-Strand et al., 2011; Søderberg et al., 2013) uppmärksammade symtom som kvinnor uppgav var: extrem trötthet, smärta i skuldror, brännande känsla i käke, ökad ångest, sömnsvårigheter, magsmärtor, inte bröstsmärta utan mer krampliknande känslor. En studier (Gyberg et al.,

2016) visade på att kvinnor som väntade med att söka vård när de upplevde objektiva symtom riskerade att få felaktig vård, vilket kunde leda till att en första hjärtinfarkt inte behandlades. En studie (Johansson et al., 2010) tog upp att kvinnliga patienter inte insåg vikten av god och tillräcklig sömn. Försämrad sömnkvalité ledde till en ökad risk att drabbas av depressioner och ångest.

Resultatet visade att det rådde ovisshet om hur kvinnors symtom yttra sig vid en första hjärtinfarkt både hos individen själv och hos vårdpersonal.

### **Kvinnors upplevelser av att leva med en förändrad kropp efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt**

Fyra studier (Gyberg et al., 2016; Junehag et al., 2014; Madsen & Birkelund, 2015; Sjöström-Strand et al., 2011) visade på att kvinnor kände att något inte stod rätt till med deras kroppar.

De upplevde en osäkerhet inför sin kropp, att de inte kände att de kunde lita på sin kropp.

Enligt Fuochi och Foà (2018) styrdes agerandet och reaktioner hos kvinnorna som drabbas av en första hjärtinfarkt utifrån självkänedom. En studie (Johansson et al., 2010)

uppmärksammade att om kvinnorna hade bra självkänedom om sin kropp visste när det var dags att agera, vilket ledde till ökat välbefinnande. Studier (Madsen & Birkelund, 2015;

Junehag et al., 2014; Thylén & Brännström, 2015) uppmärksammade att kvinnor som drabbats av en första hjärtinfarkt behövde hjälp med att förstå och känna tillit till sin nya kropp, samt lära sig att anpassa sig efter den. Studien Søderberg et al. (2013) tog även upp att kvinnorna kände sig: förändrade, upplevde ångest, depression, trötthet samt fysiska förändringar efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt. En studie (Thylén & Brännström, 2015) tog upp att kvinnor kände sig begränsade i sina liv efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt. Junehag et al. (2014) tog även upp att kvinnorna kände sig förföljda av sin första hjärtinfarkt.

Två studier (Fransson et al., 2014; Korzeniowska-Kubacka et al., 2017) tog upp de fysiska fördelarna att delta i träningsprogram var bara positiva. Varken kvinnor eller män fick några negativa påföljder av träning efter en första hjärtinfarkt.

Resultatet visade att kvinnorna upplevde en osäkerhet inför sin kropp, att de inte kände att de kunde lita på sin förändrade kropp.

## **Sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalité hos kvinnor som drabbats av en första hjärtinfarkt**

Fyra studier (Gyberg et al., 2016; Madsen & Birkelund, 2015; Herning et al., 2011; Junehag et al., 2014) uppmärksammade att kvinnor inte ville känna sig beroende av andra eller vara till last för någon. Flera studier (Fuochi & Foà, 2018; Gyberg et al., 2016; Fuochi & Foà, 2018; Herning et al., 2011; Johansson et al., 2010; Junehag et al., 2014; Sjöström-Strand et al., 2011) fokuserade på livskvalité och välbefinnande hos kvinnliga patienter som drabbats av en första hjärtinfarkt och hur de påverkades av: socialt stöd från familj och vänner samt copingstrategier. Två studier (Fuochi & Foà, 2018; Søderberg et al., 2013) uppmärksammade att de var sjuksköterskors ansvar att hjälpa individer med återhämtning och livsstilsförändringar efter en första hjärtinfarkt. Enligt Sjöström-Strand et al. (2011) upplevde kvinnorna tacksamhet att ha fått en ny chans i livet. En studie (Junehag et al., 2014) tog upp att kvinnor som inte upplevde välbefinnande riskerade att drabbas av psykosociala konsekvenser. Kvinnorna upplevde mörka tankar, svårare att acceptera sin nya livssituation, kände sig ensamma, levde kortsiktigt för att de saknade framtidstro samt inte hade en realistisk syn på livet. Studier (Søderberg et al., 2013; Thylén & Brännström, 2015) visade på att kvinnor som hade ett fungerande sexuellt samliv minskade risken för att få ångest och depression, samt att de gav en positiv påverkan på livskvaliteten. En studie (Thylén & Brännström, 2015) uppgav att kvinnor som levde i en meningsfull relation, där de kände sig attraktiva var nöjda med sitt samliv vilket gav dem välbefinnande. Studier (Gyberg et al., 2016; Fransson et al., 2014; Sjöström-Strand et al., 2011; Søderberg et al., 2013) uppmärksammade att kvinnor fick en negativ påverkan på deras sexuella samliv, både fysiskt och psykiskt efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt. Studierna uppmärksammade även att kvinnor behövde stöd och hjälp från vården för att kunna återuppta sitt sexuella samliv samt att det var sjuksköterskans ansvar att lyfta frågor som rörde sexuellt hälsa. Två studier (Junehag et al., 2014; Thylén & Brännström, 2015) tog upp kvinnors upplevelser av misstro till den egna kroppen, rädsla och ångest för att drabbas av en ny hjärtinfarkt eller plötslig död om de återupptog sitt sexuella samliv. Junehag et al. (2014) uppmärksammade att kvinnor tenderade att värdera sina förhållanden på ett annat sätt än män. Kvinnorna värderade kärlek och närhet högre medan män värderade det sexuella samlivet. Studien tog även upp att kvinnorna höll tillbaka sina känslor för att de var rädda att de skulle leda till intimitet. Resultatet visade att kvinnors sexuella hälsa, välbefinnande och livskvalité påverkades när de drabbats av en första hjärtinfarkt.



## Diskussion

Samhällets normer är rådande och bestämmer över vad som betraktas som normalt (jfr. Wamala, Merlo & Boström, 2007) och det kan påverka sjuksköterskans bemötande och kan leda till att kvinnor väljer att avstå från att uppsöka vård. Det är viktigt att sjuksköterskor har kunskap om olika faktorer som kan förklara ojämlikheter i samhället. Fisher och Tronto (1990) har tagit fram en omvårdnadsteori med feministiskt perspektiv som kan vara en vägledning för sjuksköterskan. Toronto och Fishers (1990) vårdetiska teori har fyra element: uppmärksamhet, ansvar, kompetens och lyhördhet. Uppmärksamhet handlar om att sjuksköterskan bör uppmärksamma kvinnans behov. Det är viktigt att ta reda på när det handlar om kunskapsbrist eller att behov missas på grund av ouppmärksamhet av sjuksköterskan. Vården ska ges på lika villkor oavsett kvinnors socioekonomiska status och sjuksköterskan ska ge vård utifrån sin kompetens och följa upp behandling. Sjuksköterskan ska vara lyhörd till vad kvinnan uttrycker, det är viktigt att lyssna till varje enskild individ. Vi anser att denna teori kan vara till stor hjälp i vår kommande profession som sjuksköterskor i vårt bemötande gentemot patienter. Mänskliga rättigheter är viktiga i relation till en god och jämlik vård. Samhället har ett ansvar att säkerställa de mänskliga rättigheterna och värna om människors tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor (jfr. Diskrimineringslagen [DL], SFS 2008:567; HSL SFS 2017:30). I sjuksköterskans profession ingår det att arbeta utifrån lagar och författningar för en god och jämlik vård. Vi anser att sjuksköterskan bör arbeta utifrån lagar och författningar samt att ständigt uppdatera sina kunskaper för att kunna ge ett gott bemötande.

Resultatet visar att en medvetenhet om genusaspekter framkommer ibland inom omvårdnadsvetenskapliga studier, men uppmärksammas inte alltid. Omvårdnadsvetenskap utgår ofta från Antonovskys teori KASAM (2005) dock kan denna teori ifrågasättas på grund av avsaknad av genusaspekter. Tronto och Fisher (1990) utgår däremot från ett feministiskt fokus i sin vårdetiska teori. Deras teori uppmärksammar kvinnliga normer, men även denna teori kan ifrågasättas då Tronto och Fishers kvinnliga normer är likvärdiga med samhällets normer och värderingar av kvinnan. Gilligans (1982) teori som fokuserar på kvinnliga normer, där kvinnan är mer empatisk och mer medmänsklig än mannen och även har ett större behov av uppföljning och stöd. Även Smith (et al. 2017) anser att kvinnor har ett större behov av stöd och uppföljning för att kunna återgå till det nya livet efter en första hjärtinfarkten. Vi anser att sjuksköterskan kan använda sig av samtliga teorier för att bygga upp en plattform i

sin kompetens gällande genus. Därför anser vi att det är av stor vikt att omvårdnadsforskning fortsätter ta fram vetenskaplig evidens med fokus på genusaspekter.

Resultatet visar att problematisering av kvinnors villkor i vården vid en första hjärtinfarkt bottnar i många olika bakomliggande orsaker. Kvinnor hade inte samma villkor som män inom vården. Kvinnorna fick vänta längre innan de uppmärksammades av sjuksköterskorna vilket i sin tur påverkade kvinnors psykologiska hälsa negativt (jfr. Davis et al., 2013). Detta visar hur viktig dokumentation är för att ge en djupare kunskap och förståelse hos både sjuksköterskor och kvinnliga patienter, vilket även underlättar fastställning av diagnos och behandling i tid (jfr. Patientdatalagen [PDL], SFS, 2008:335). Vi anser att sjuksköterskan måste arbeta utifrån ett salutogent och holistiskt synsätt så den enskilda individens behov uppmärksammas och vård på lika villkor kan ges. Om vi som sjuksköterskor inte lyckas med detta så kan det leda till ett ökat lidande för patienter och få livshotande konsekvenser för kvinnor som drabbas av en första hjärtinfarkt.

Denna integrerade litteraturoversikt visar att kvinnor inte upplever de typiska symtomen när de drabbas av en första hjärtinfarkt, vilket leder till att de inte tog symtomen på allvar utan förklarade dem till andra bakomliggande orsaker (jfr. O'Keefe-McCarthy, 2008). Kvinnor som drabbas av en första hjärtinfarkt har inga tidigare kunskaper och erfarenheter att härleda symtomen till, vilket leder till att prodromala kroppsliga signaler inte uppmärksammades (jfr. Davis, 2013). Fatigue är ett typiskt prodromalsymtom som i stort sett alla kvinnor drabbas av vid en första hjärtinfarkt (jfr. Blakeman & Booker, 2016; Gallagher, Marshall & Fisher, 2010).

Vi anser att sjuksköterskans uppgift är att informera och sprida kunskapen om kvinnliga symtom och hur de kan yttra sig vid en första hjärtinfarkt (jfr. Sjöström-Strand & Fridlund, 2007). Därför anser vi att det är av stor vikt att sjuksköterskan reflekterar och uppmärksammar prodromala symtom samt att dokumentation om kvinnors individuella upplevelser journalförs (jfr. Patientlagen [PL], SFS 2014:821).

Resultatet visar att kvinnor som drabbas av en första hjärtinfarkt behöver rådgivning och stöd från vården för att kunna hantera och acceptera den nya kroppen. Som vi nämnt tidigare finns en omvårdnadsvetenskaplig teori KASAM som ofta används inom omvårdnad. Teorin passar bra att tillämpa då den har ett salutogent perspektiv (jfr. Antonovsky, 2005), vilket kan underlätta för kvinnor att använda sina inre resurser och friskfaktorer (jfr. Lingfors et al.,

2003). Vi anser att teorin kan hjälpa kvinnorna att hantera sina upplevelser av att leva med en förändrad kropp.

Denna integrerade litteraturöversikt visar att kvinnors välbefinnande och livskvalité påverkas när de drabbats av en första hjärtinfarkt. Kvinnornas sexuella samliv påverkas negativt. Vi tycker det är viktigt att belysa sexuell hälsa då det anses vara ett tabu belagt ämne. Samt att det är sjuksköterskan ansvar att ta initiativ och lyfta frågor som rör sexuellt samliv, men det missas ofta och fokus läggs på andra faktorer som påverkar livskvalité och välbefinnande såsom kost och fysisk aktivitet (jfr. Abramsohn et al., 2013). Vi anser att sjuksköterskan även har ett ansvar gentemot kvinnans partner som också bör få möjlighet att få information och stöd om samtycke ges av den drabbade kvinnan.

## Metoddiskussion

Med utgångspunkt från Wallengren och Henricson (2012) begrepp trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet diskuteras kvaliteten i valt methods utförande: En svaghet som kan ha påverkat resultatet är att bara en sökning gjordes i en databas. Databasen CINAHL valdes då den inriktar sig på upplevelser och känslor. Vår avsikt med sökningen var att få en översikt över kvinnor erfarenheter efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt. Vi har granskat och valt vetenskapliga studier av hög och medelhög kvalité och som uppfyller våra inklusionskriterier. Vi har valt att granska de vetenskapliga studierna separat och sedan jämfört med varandra för att minska risk för att påverka kvalitetsgranskningen (jfr. Willman et al., 2006). För att möjliggöra överförbarheten har sökord och begränsningar redogjorts i en matris under metodsteget. En matris har även använts vid analyssteget för att sammanställa de valda vetenskapliga studierna vilket underlättar integrerade jämförelser av originalkällorna (jfr. Whittemore & Knafl 2005). En tydlig och utförlig beskrivning av besluts- och analysprocessen, möjliggör att den kan utföras av någon annan (Holloway & Wheeler 2010). Resultaten av de olika vetenskapliga studiernas metodansatser har kunnat integreras på ett enkelt sätt och tre nya frågeställningar uppkom i analys steget. 29 studier exkluderades på grund av avsaknad av syftet: kvinnor och män kunde inte särskiljas i studierna, medicinskt fokus, fokus på enbart män vid granskning. Det kan dock påvisa en svaghet i val av våra sökord som inte varit optimala samt att vi är oerfarna forskare. Vi valde att inkludera kvalitativa, kvantitativa och mix studier för att kunna besvara våra specifika frågeställningar ur olika synvinklar och därmed få en bred och djup kunskap (jfr. Whittemore och Knafl (2005) vilket vi anser stärker vår studie. Något som även stärker kvaliteten är att vi har

bearbetat alla delar tillsammans i vår integrerade litteraturöversikt. Vi har inte arbetslivserfarenhet eller haft kvinnliga anhöriga som drabbats av en första hjärtinfarkt. Vilket medför att vi inte hade någon förförståelse om hur resultatet skulle utfalla, då vi saknar kunskap och erfarenhet inom området. Vi anser att alla delar har bearbetats utifrån en integrerat litteraturöversikt. En tydlig syntes har gjorts utifrån varje frågeställning och resultaten har diskuterats mot relevant litteratur. Vi saknar dock erfarenhet och vana att granska och översätta vetenskapliga studier vilket kan ha påverkat studiens kvalitet. Överförbarhet av studiens resultat till andra kontexter är genomförbart på grund utav begreppen: trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet är utförligt beskrivna i vår studie (jfr. Holloway & Wheeler 2010).

### Slutsatser och klinisk praxis

Vi har identifierat behov utifrån kvinnors upplevelser av att ha drabbats av en första hjärtinfarkt. Fortsatt forskning inom omvårdnadsvetenskap med fokus på genusaspekter och sexuell hälsa hos kvinnor behövs för att ta fram ny evidens. Betydelsen för den kliniska omvårdnaden med ny evidens innebär att sjuksköterskor får en djupare kunskap. Vilket leder till att kvinnorna får bättre omvårdnad när de söker vård. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar kvinnors prodromala symtom. Vi har även identifierat ett behov gällande kvinnors sexuella hälsa efter att ha drabbats av en första hjärtinfarkt som leder till att kvinnors välbefinnande och livskvalité påverkas negativt. Det är sjuksköterskans ansvar att lyfta frågor kring sexuell samliv. Det är viktigt att sjuksköterskor arbetar utifrån ett holistiskt synsätt, ser och lyssnar för att kunna stötta och ge information samt göra kvinnan delaktig i sin omvårdnad. Djupare kunskap om kvinnor som drabbas av en första hjärtinfarkt leder till minskat lidande för patienten, minskade kostnader för samhället och vården kan påbörjas i ett tidigare skede.

## Referenser

Referenser med asterisk (\*) ingick i dataanalysen.

Abramsohn, E. M., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H. M., Spertus, J. A., Lindau, S. T. (2013). "I'm not just a heart, I'm a whole person here": a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction. *Journal of the American Heart Association*, 2(4), doi: 10.1161/JAHA.113.000199

Albarran, W.J., Clarke, A.B., & Crawford, J. (2007). It Was Not Chest Pain Really, I Can't Explain It! An Exploratory Study On The Nature Of Symptoms Experienced By Women During Their Myocardial Infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1292-1301. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01777.x

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. Uppl). Stockholm: Natur och Kultur.

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

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Blakeman J. R. & Booker K. J. (2016). Prodromal myocardial infarction symptoms experienced by women. *Heart Lung*. 45(4), 327-35. doi: 10.1016/j.hrtlng.2016.04.005

Bridging the gender gap: Insights from a contemporary analysis of sex-related differences in the treatment and outcome of patients with acute coronary syndromes. *American Heart Journal*, 163(1), 66-73. doi: 10.1016/j.ahj.2011.09.025

Conell, R.W. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science and Medicine*, 74(11), 1675-1683. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.006

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. doi:10.2307/1229039

Dahlborg Lyckhage E., Lau M. & Tengelin E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserad vård. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage & E. Tengelin. (Red.), *Jämlik vård: Normmedvetna perspektiv* (s. 37-57). Lund: Studentlitteratur.

Davis, L. L., Mishel M., Moser, D. K., Esposito, N., Lynn, M. R. & Schwartz, T. A. (2013). Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome. *Heart & Lung*, 42(6), 428-435. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.08.001

Diedrichsen F, Andersen I & Manuel C. (2012). Health Inequality - determinants and policies. *Scand J Public Health*, 40(8), 12–105. doi: 10.1177/1403494812457734

Falk, K., Granger, B., Swedberg, K. & Ekman, I. (2007). Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. *Qual Health Res*, 7(8), 1020-1027. doi: 10.1177/1049732307306914

Fisher, B., & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. I F. Abel & M. Nelson (Red.), *Circles of care* (s. 35-62). Albany: State University of New York.

Folkhälsomyndigheten (2018). *Insjuknande i hjärtinfarkt*. Hämtad 11 oktober, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cirkulationsorganens-sjukdomar/>

Folkhälsomyndigheten (2018). Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar. Hämtad 11 oktober, 2018, från folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cirkulationsorganens-sjukdomar/>

Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(1), 19-26. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00045.x

\* Fransson, E. I., Arenhall, E., Steinke, E. E., Fridlund, B., & Nilsson, U. G. (2014). Perceptions of intimate relationships in partners before and after a patient's myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2196-2204. doi:10.1111/jocn.12492

\* Fuochi, G., & Foà, C. (2018). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 98-107. doi: 10.1111/scs.12435

Gallagher, R., Marshall A. P., & Fisher, M. J. (2010). Symptoms and treatment seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time. *Heart & Lung*, 39(6), 477-484. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.10.019

Garrard, J. (2007) *Health Sciences Literature Review Made Easy-the Matrix Method* (2. Uppl). Sudbury: Jones and Bartlett Publisher.

Gatens, M. (2013). *Imaginary Bodies: Ethics, Power and Corporeality*. London: Routledge. Från <https://www-taylorfrancis-com.proxy.lib.ltu.se/books/9781134891634>

GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 388(10053),1659-1724. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31679-8

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.

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

Hammarström, A., & Annandale, E. (2012). A Conceptual Mudde: An Empirical Analysis of the Use of sex and gender in gender-Specific Medicine Journal. *PLoS ONE*, 7(4): 341-393. doi: 10.1371/journal.pone.0034193.

Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. Milton Keynes: Open University Press.

\* Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B., & Lindhardt, T. (2011). Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 241-247. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.10.002

Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L. E., & Eriksson, H. (2014). Intersectional perspectives on family involvement in nursing home care: rethinking relatives' position as a betweenship. *Nursing Inquiry*, 21(3), 227–237. doi: 10.1111/nin.12046

Hägglund, L., Boman, K. & Lundman, B. (2008) The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 7(4), 290-295. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.12.004

\* Johansson, I., Karlson, B., Grankvist, G., & Brink, E. (2010). Disturbed sleep, fatigue, anxiety and depression in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(3), 175-180. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.12.003

\* Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(1), 22-30. doi:10.1016/j.iccn.2013.07.002

Kawamoto, K. R., Davis M. B. & Duvernoy C. S. (2016). Acute Coronary Syndromes: Differences in Men and Women. *Current Atherosclerosis Reports*, 18(12), 1-10. doi: 10.1007/s11883-016-0629-7

\* Korzeniowska-Kubacka, I., Piotrowska, D., Stepnowska, M., Piotrowicz, R., & Bilińska, M. (2017). The impact of exercise-only-based rehabilitation on depression and anxiety in patients after myocardial infarction. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 390-396. doi:10.1177/1474515116682123

Lehti, A., Fjellman, W. A., Stålnacke, B., Hammarström, A., & Wiklund, M. (2017). Walking down “Via Dolorosa” from primary health care to the specialty pain clinic - patient and professional perceptions of inequity in rehabilitation of chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 45–53. doi: 10.1111/scs.12312

Lingfors, H., Lindström, K., Persson, L., Bengtsson, C. & Lissner, L. (2003). Lifestyle changes after a health dialogue. Resultats from the Live for Life health promotion programme. *Scand J Prim Health care*, 21, 248-252.

Loikas, D., Karlsson, L., von Euler, M., Hallgren, K., Schenck-Gustafsson, K. & Bastholm Rahmner, P. (2015). Does patient's sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians--a qualitative study. *BMC Family Practice*. 16(137). doi: 10.1186/s12875-015-0351-5

Lykke, N. (2005). Nya perspektiv på intersektionalitet. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 1(3), 7-17. Från <http://www.jamstall.nu/wp-content/uploads/2014/02/Intersektionalitet-Nina-Lykke.pdf>

\* Madsen, R., & Birkelund, R. (2016). Women's experiences during myocardial infarction: systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5/6), 599–609. doi: 10.1111/jocn.13096

McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs*. 30(3), 1771-1800. doi: 10.1086/426800

McSweeney, J., Cleves, M.A., Fischer, E.P., Moser, D.K., Wei, J., Pettey, C., Rojo, M.O & Armbya, N. (2014). Predicting Coronary Heart Disease Events in Woman: A Longitudinal Cohort Study. *J Cardiovasc Nurs*, 29(6), 482-92. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182a409cc.

Määttä, S & Ôresland, S. (2014) Genusperspektiv i omvårdnad. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 323-340). Lund: Studentlitteratur.

O'Keefe-McCarthy, S. (2008). Women's experiences of cardiac pain: a review of the literature. *Can J Cardiovasc Nurs*, 18(3), 18-25.

Osika Friberg, I., Krantz, G., Määttä, S. & Järbrink, K. (2016). Sex differences in health care consumption in Sweden: A register-based cross-sectional study. *Scand J Public Health*, 44(3), 264-273. doi: 10.1177/1403494815618843

Patel, H., Rosengren, A. & Ekman, I. (2004) Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference? *Am Heart J*, 148, 27-33. doi: 10.1016/j.ahj.2004.03.005

Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, m. mfl. (2012) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*, 33(13), 1635-1701.

Pherson, T., & Tengelin, E. (2015). Genusnormer- normer som skapar kvinnor och män. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage & E. Tengelin (Red.), *Jämlik vård: Normmedvetna perspektiv* (s. 107-130). Lund: Studentlitteratur.

Schenck- Gustavsson, K. (2001). Kvinnohjärtan tas på mindre allvar än mäns. *Läkartidningen*, 26-27(98), 314-315. Från <http://lakartidningen.se/OldPdfFiles/2001/23150.pdf>

SFS 22008:567. *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 10 september, 2018, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567\\_sfs-2008-567](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 10 september, 2018, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 10 september, 2018, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)



SFS 2008:335. *Patientdatalag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 10 september, 2018, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355)

Sjöström-Strand, A, Fridlund, B. (2007). Women's description of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 45(7), 1003-10. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.004

\* Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

Smirthwaite G, Tengelin E & Borrman T. (2014) *(O)jämställdhet i hälsa och vård: reviderad upplaga*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-052-8.pdf>

Smith, R., Frazer, K., Hall, P., Hyde, A. & O'Connor, L. (2017). Betwix and between health and illness: women's narratives following acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3457-3470. doi: 10.1111/jocn.13711

Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård - jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 11 oktober, 2018, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>

Socialstyrelsen (2017). *Jämställd behandling mellan kvinnor och män med diabetes och hjärt-kärlsjukdomar*. Hämtad 15 november 2018, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20582/2017-3-65.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 11 oktober, 2018, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20999/2018-6-28.pdf>

\* Søderberg, L. H., Johansen, P. P., Herning, M., & Berg, S. K. (2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23/24), 3532-3540. doi: 10.1111/jocn.12382

\* Thylén, I., & Brännström, M. (2015). Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 468-477. doi: 10.1177/1474515115571061

Verdonk P, Benschop YW, de Haes HC & Lagro-Janssen TL.(2009) From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 14(1):135-152. doi 10.1007/s10459-008-9100-z

Vetenskapsrådet. (2007). *Genus i projektansökningar inom medicin – en uppföljning av Vetenskapsrådets beredning och utfall år 2004*. Bromma: CM Digitaltryck. Från [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b02/1529480532680/Genus-i-projektansokningar-medicin\\_VR\\_2007.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b02/1529480532680/Genus-i-projektansokningar-medicin_VR_2007.pdf)

Wallengren, C & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur.

Wamala SP, Merlo J, Boström G & Hogstedt C. (2007). Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 61(5),409-415. doi: 10.1136/jech.2006.049999

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546-553.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. m.fl. (2004). Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937-952. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9

Öhman, A. (2008). Global public health and gender theory: The need for integration. *Scand J Public Health*, 36(5), 449-451. doi: 10.1177/1403494808094242

Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket. Från <https://www.genus.se/wp-content/uploads/Genusperspektiv-pa-varldvetenskap.pdf>

Öresland, S. (2011). *Nurses go visiting. Ethics and gender in home-based nursing care*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet, Department of Nursing Medical Faculty) Från <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:416076/FULLTEXT01.pdf>