



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 352

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Kvinners hjertemuskel har ingen tid å miste

Antall ord *: 7132

Engelsk tittel *: Women´s heart muscle has no time to lose

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kvinner's hjertemuskel har ingen tid å miste

Women's heart muscle has no time to lose

Kandidatnummer: 352

Bacheloroppgave i sykepleie (SYKHB3001)

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institusjon for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innleveringsdato: 22.04.2020 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Kvinner og menn opplever hjerteinfarkt forskjellig, og kvinner opplever i større grad diffuse symptomer. Hjerteinfarkt er en livstruende tilstand som krever rask identifisering og behandling. Kvinner som ikke opplever brystmerter ved hjerteinfarkt har økt risiko for prehospitalt forsinkelser samt senere diagnostisering og behandling i møte med helsetjenesten.

Formål: Formålet med litteraturstudiet er undersøke hvordan kvinner opplever symptomer ved hjerteinfarkt og hvordan sykepleier kan bidra til tidlig identifisering av hjerteinfarkt hos kvinner.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Fire forskningsartikler som belyser temaet er benyttet sammen med pensumlitteratur og selvvalgt litteratur.

Funn: Symptomene kvinnene erfarte samsvarte ikke med forventet bilde av hjerteinfarkt. Kvinnene mistolket ofte symptomene sine og søkte derfor helsehjelp på et senere tidspunkt sammenlignet med menn. Av helsepersonell er sykepleier den som har mest kontakt med pasienten og spiller en viktig rolle i tidlig identifisering av hjerteinfarkt hos kvinner. De atypiske symptomene kan gjøre det utfordrende skille infarkt fra andre sykdommer med lignende symptomer.

Konklusjon: Kvinner opplever i større grad atypiske symptomer som ryggmerter, fordøyelsesplager, magesmerter og smerter i skuldre. Det er viktig at både kvinner og sykepleiere har kunnskap om kvinners symptomer ved hjerteinfarkt for tidlig identifisering. Sykepleiere kan bidra til tidlig identifisering av hjerteinfarkt hos kvinner ved å spre kunnskap og øke bevisstheten rundt kvinners symptomer ved hjerteinfarkt. Det er nødvendig at sykepleiere har gode observasjonsferdigheter for å kunne avdekke symptomene og tidlig identifisere infarkt. Bruk av kartleggingsverktøy kan være til god hjelp for tidlig identifisering av hjerteinfarkt hos kvinner.

Abstract

Background: Women and men experience myocardial infarction different, and women have a greater tendency to experience vague symptoms. Myocardial infarction is a life-threatening condition and early diagnosis and treatment is utterly important. Women who don't experience chest pain during myocardial infarction have a greater risk for pre-hospital delays and also risk a later time of diagnosis and treatment.

Aim: The purpose of this literature review is to raise awareness to women's experiences of symptoms in myocardial infarction. Further, the aim is to identify factors that can help nurse's identify myocardial infarction in women at an early stage.

Method: This thesis is a literature review. The thesis is based on four research articles, literature from the curriculum and literature of own choosing.

Findings: The women's symptom experience was different from their expectations of a myocardial infarction. The findings show that women seek medical help at a later time, compared to men because they often misinterpret their symptoms. Among healthcare workers, nurses often spend the most time with the patients and therefore nurses play a key role in the identification process of myocardial infarction in women. The atypical symptoms can make it difficult to separate the myocardial infarction from other diseases with similar symptoms.

Conclusion: During myocardial infarction women experience a greater amount of atypical symptoms like back pain, digestion issues, stomach pain and shoulder pain. For early identification, it is necessary that both women and nurses have knowledge about women's symptoms in myocardial infarction. Nurses can contribute to early identification by raising awareness and share knowledge about women's symptoms in myocardial infarction. Further, it is necessary that nurses have good observational skills to recognize the symptoms and to identify the infarction at an early stage. Assessment tools can be at great help for nurses in the identification process and can increase the chances of early identification of myocardial infarction in women.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 OPPGAVENS FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSENINGER I OPPGAVEN	2
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	2
2.0 TEORI:.....	3
2.1 HJERTEINFARKT:.....	3
2.2 SYMPTOMER:	3
2.3 BEHANDLING:	4
2.4 RISIKOFAKTORER:.....	4
2.5 PROGNOSE:	5
2.6 KVINNER OG HJERTESYKDOM.....	5
2.7 SYKEPLEIETEORETIKER - FLORENCE NIGHTINGALE	6
2.8 OBSERVASJONSKOMPETANSE.....	6
2.9 KARTLEGGINGSVERKTØY VED AKUTT OG KRITISK SYKDOM.....	7
3.0 METODE:.....	8
3.1 HVA ER METODE	8
3.2 LITTERATURSTUDIUM SOM METODE.....	9
3.3 LITTERATURSØK	9
3.4 METODEKRITIKK	10
3.5 ETISKE OVERVEIELSER	11
3.6 KILDEKRITIKK.....	11
4.0 RESULTAT	13
4.1 - ARTIKKEL 1: SEX DIFFERENCES IN THE PRESENTATION AND PERCEPTION OF SYMPTOMS AMONG YOUNG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION	13
4.2 - ARTIKKEL 2: SYMPTOM RECOGNITION AND HEALTHCARE EXPERIENCES OF YOUNG WOMEN WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION.....	14
4.3 - ARTIKKEL 3: A QUALITATIVE STUDY OF SYMPTOM EXPERIENCES OF WOMEN WITH ACUTE CORONARY SYNDROME	15
4.4 - ARTIKKEL 4: WOMENS EXPERIENCES DURING MYOCARDIAL INFARCTION: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ETHNOGRAPHY	16
5.0 DRØFTING	17
5.1 KVINNERS OPPLEVELSE AV HJERTEINFARKT.....	17

5.2 SYKEPLEIERS ROLLE VED IDENTIFISERING AV HJERTEINFARKT HOS KVINNER	19
6.0 KONKLUSJON	22
REFERANSELISTE	23
VEDLEGG (1): SØKEPROSESS FOR HOVEDARTIKLER	27
VEDLEGG (2) INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER SOM BLE FORETATT VED LITTERATURSØK.....	28
VEDLEGG (3): SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KVALITATIV STUDIE	29
VEDLEGG (4): TABELL 1. SYMPTOMER PÅ HJERTEINFARKT HOS KVINNER.	35

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven vil jeg se på hjerteinfarkt hos kvinner. I løpet av min praksisperiode på hjerteovervåkning ved Haugesund Sjukehus observerte jeg hvordan kvinner opplevde andre, mer diffuse symptomer ved hjerteinfarkt i forhold til menn. På bakgrunn av de diffuse symptomene ventet kvinnene lenger før de tok kontakt med helsevesenet og det tok lengre tid før helsepersonell oppdaget infarkt.

I Norge er hjerte- og karsykdommer den vanligste dødsårsaken. Hos pasienter med hjertesykdom er de dominerende tilstandene redusert hjertefunksjon med utvikling av hjertesvikt, hjerterytmeforstyrrelser og iskemisk hjertesykdom (Ørn og Brunvand, 2016, s.164-165). I 2018 ble 13 209 pasienter behandlet i sykehus med hoved- eller bidiagnose akutt hjerteinfarkt. Av disse pasientene var 14 prosent allerede registrert med hjerteinfarkt i løpet av de fire forutgående årene. Kvinner utgjorde 36 prosent av pasientene som fikk hjerteinfarkt i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019).

Hjertesykdom har tradisjonelt sett blitt vurdert som en ”mannssykdom” (Metha et al.2016). Nå er det en økende forekomst av hjertesykdom hos kvinner og hjertesykdom er den vanligste dødsårsaken blant kvinner. Rundt 40% av norske kvinner dør som følge av hjertesykdom. Det er omdiskutert om kvinner får like god behandling sammenlignet med menn, da symptomer ved hjertesykdom hos kvinner kan være mer varierende og diffuse. De vage symptomene kan mistolkes og kvinnene søker derfor ikke helsehjelp. Dette resulterer i at kvinner får senere behandling samt et dårligere behandlingsresultat i forhold til menn (Stubberud, 2016a, s.23-25).

Ansvars- og funksjonsområdene er kontinuerlig under utvikling i sykepleie til pasienter med hjertesykdom. Ved behandling av pasienter med hjertesykdom har det skjedd endringer i profesjonsgrensen mellom lege og sykepleier. Sykepleiere delegeres nå tidligere legeoppgaver og sykepleier har i dag en utvidet funksjon i utredning og behandling av pasienter som er hjertesyke (Stubberud, 2016a, s.28). Kardiovaskulære sykdommer, spesielt hjerteinfarkt er blant sykdommer som får alvorlige konsekvenser dersom tilstanden ikke blir oppdaget tidnok. Sykepleier er og har alltid vært vesentlige i identifiseringsprosessen av

kardiovaskulære sykdommer og sykepleier sin rolle skal ikke undervurderes (Gleason, Greenberg og Himmelfarb 2019).

1.2 Oppgavens formål og problemstilling

Hjerteinfarkt er en livstruende tilstand som krever tidlig identifisering og behandling. Med denne oppgaven ønsker jeg å få økt kunnskap og innsikt i kvinners sykdomsbilde ved hjerteinfarkt. Videre ønsker jeg å belyse hvordan sykepleier kan bidra til tidlig identifisering av hjerteinfarkt hos kvinner. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

”Hvordan opplever kvinner symptomer ved hjerteinfarkt og hvordan kan sykepleier bidra til tidlig identifisering av hjerteinfarkt hos kvinner?”

1.3 Avgrensinger i oppgaven

Jeg har valgt å inkludere kvinner fra 18 år og eldre da hjerteinfarkt er en tilstand som kan ramme alle aldersgrupper. Sykepleier spiller en avgjørende rolle i vurderingen av pasienters tilstand på sykehus og jeg har derfor valgt å fokusere på pasienter innlagt på sykehus.

Oppgaven vil ikke rette fokus mot en spesifikk sengepost da sykepleier kan møte pasienter med hjerteinfarkt på alle sengeposter. Etter flere litteratursøk, har jeg også valgt å inkludere den prehostpitale fasen da flere studier beskriver kvinners opplevelse av symptomer i denne fasen. Hjerteinfarkt er en av tre akutt koronarsykdommer. Akutt koronasyndrom omhandler ustabil angina pectoris (UAP), non-ST-elevasjonsmyokardinfarkt (NSTEMI) og ST-elevasjonsmyokardinfarkt (STEMI). Oppgaven vil avgrenses til STEMI og NSTEMI. Jeg velger å ekskludere ustabil angina pectoris (UAP) da tilstanden ikke inngår under tittelen ”hjerteinfarkt” (Ellingsen, 2016, s.55).

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av følgende seks hovedkapitler: introduksjon, teori, metode, resultat, drøfting og konklusjon. Jeg vil først presentere det teoretiske grunnlaget for min problemstilling, hvor hjerteinfarkt hos kvinner vil være i fokus samt faktorer som vil være sentrale i identifiseringen av tilstanden. Videre i kapittel tre vil jeg gjøre rede for hva metode er og hvilken metode jeg har brukt i denne oppgaven. I kapittel tre vil også den kritiske vurderingen av artiklene bli presentert. I kapittel fire vil jeg presentere fire utvalgte forskningsartikler. Drøftingen vil presenteres i kapittel fem, hvor både teori,

forskningsartikler og selvvalgt litteratur brukes for å belyse ulike sider av problemstillingen. Konklusjon utgjør siste kapittel hvor jeg vil svare på problemstillingen, basert på aspektene i drøftingskapittelet.

2.0 Teori:

I teorikapittelet i oppgaven vil jeg presentere følgende temaer: sykdomsbilde ved hjerteinfarkt, sykepleieteoretiker Florence Nightingale, kvinner og hjertesykdom, observasjonskompetanse og kartleggingsverktøy ved akutt og kritisk sykdom.

2.1 Hjerteinfarkt:

Koronararteriene (kranspulsårene utenpå hjertet) forsørger hjertet med oksygenrikt blod. Iskemisk hjertesykdom oppstår når hjertemuskelen (myokard) ikke får tilstrekkelig mengde oksygenrikt blod. Hvis en eller flere av koronararteriene blir tilstoppet som følge av en trombe (blodpropp) vil et større eller mindre område av hjertemuskulaturen dø. Denne tilstanden kalles et hjerteinfarkt (Løchen & Gerds, 2015, s.76). Hjerteinfarkt inndeles i to typer, STEMI og NSTEMI. Ved disse to tilstandene er det utslipp av troponin i blodet, som er en markør for myokardnekrose (Ellingsen, 2016, s.55). NSTEMI oppstår som følge av enten redusert blodtilførsel som igjen resulterer i redusert oksygentilbud, og/eller økt oksygenbehov i myokard. NSTEMI er en alvorlig tilstand selv om ikke koronararterien er fullstendig tilstoppet. STEMI oppstår som følge av plakkavleiring i en koronararterie (arterosklerose) som gjør at blodstrømmen stopper fullstendig opp. Tilstanden resulterer i myokardiskemi og nekroseutvikling (Eikeland, Gimnes & Holm, 2015, s.540-541). Nekrose kommer av permanent celledød og resulterer i celledød (Bertelsen, 2016, s.38).

2.2 Symptomer:

Begrepet symptomer omhandler pasientens egen opplevelse av at noe er unormalt ved en selv (Stubberud, 2016b, s.242). Typiske symptomer på hjerteinfarkt er smerter i brystet med stråling ut i venstre arm. Smertene kan ofte oppleves som klemmende, pressende eller stikkende (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019). Symptomer ved iskemisk hjertesykdom har sammenheng med graden av iskemi. Graden av iskemi avgjøres hovedsakelig av tre forhold: 1) hvor tilstoppet koronararteriene er, 2) hvor stor andel av hjertemuskelen som er iskemisk og 3) hjertemuskelen sitt oksygenbehov og blodets oksygeninnhold. Ved økt

oksygenbehov i hjertet, øker også ofte smertene sin intensitet. Smertene ved hjerteinfarkt er ofte vedvarende og intense, selv når vedkommende ligger i ro. Pasientene blir ofte klam og blek grunnet smertene og enkelte blir kvalm og kaster opp. Imidlertid kan det foreligge alvorlig iskemi selv om pasienten ikke har intense smerter (Ørn og Brunvand, 2016, s.169).

2.3 Behandling:

Ved mistanke om hjerteinfarkt skal pasienten motta standardisert behandling etter MONA-prinsippet. MONA- prinsippet inkluderer smertestillende morfin, oksygen for å sikre tilstrekkelig oksygentilførsel, nitroglyserin som bidrar til å utvide blodkarene og acetylsalisylsyre som har blodfortynnende effekt. Blodtrykket skal måles, elektrokardiogram(EKG) skal tas og hjerterytmen skal overvåkes. Hvis EKG viser ST-elevasjon innebærer det at tromben som har forårsaket infarkt har tilstoppet kranspulsåren totalt. Pasienten skal da direkte til koronarangiografi og oppblokking av den tilstoppede kranspulsåren. Dersom EKG ikke viser ST-elevasjon skal pasienten overflyttes til medisinsk overvåkingsavdeling for videre observasjon. Pasienten skal da motta standardbehandling med blodfortynnende medisiner (Løchen & Gerds, 2015, s.94).

2.4 Risikofaktorer:

Risikofaktorer for utvikling av hjertesykdom er i utgangspunktet de samme for menn og kvinner. Fysisk inaktivitet, høyt saltinnhold i kosten, overvekt og overforbruk av alkohol øker risikoen for utvikling av høyt blodtrykk som er en viktig årsak til utvikling av hjertesykdom. Høyt kolesterol og røyking øker risikoen for utvikling av aterosklerose som også er en viktig faktor i utviklingen av hjertesykdom (Stubberud, 2016c, s.41). Kvinner får ofte hjertesykdom ti år senere enn menn, av ukjente årsaker. Sammenlignet med menn, tåler kvinner dårligere risikofaktorer som diabetes, overvekt, alkohol, aktiv og passiv røyking (Stubberud, 2016a, s.25). Risikoen for å rammes av hjerteinfarkt tredobles for en kvinne på rundt 50 år dersom hun røyker og/eller har diabetes type 2, i forhold til jevnaldrende kvinner som ikke har disse risikofaktorene (Løchen og Gerds, 2015, s.89).

2.5 Prognose:

Blant kvinner med STEMI, som behandles etter retningslinjene (nevnt under behandling) er prognosene omtrent like god som blant menn. Ved NSTEMI derimot, kan det se ut til at kvinner har dårligere prognose sammenlignet med menn. Dette kan blant annet skyldes at kvinner får hjerteinfarkt i høyere alder enn menn og mer alvorlige risikofaktorer. I forhold til behandling, er det også tegn til at kvinner har høyere risiko for blødningskomplikasjoner (Løchen & Gerds, 2015, s. 94-95). Generelt sett er prognosen avhengig av hvor stor skade hjerteinfarkt har påført hjertemuskelen (Ørn & Brunvand, 2016, s.174).

2.6 Kvinner og hjertesykdom

Blant rundt 20% av kvinner med hjerteinfarkt, påvises ingen stenoser (forsnevninger i arterier) ved koronarangiografi. Forandringer i veggen i koronararteriene eller plakkavleiring i arteriene forekommer ofte hos disse kvinnene. Tradisjonelt sett har ikke slike forandringer blitt vurdert som betydelige i forhold til blodstrømmen til arterien. Imidlertid viser nyere forskning at det foreligger en sammenheng mellom plakkavleiring i åreveggene og oksygenmangel i hjertemuskelen ved infarkt, enten det foreligger stenoser eller ikke. Fenomenet er kjent som non-obstruktiv iskemisk hjertesykdom og forekommer oftere hos kvinner enn hos menn. Non-obstruktiv iskemisk hjertesykdom er en mindre utforsket type hjertesykdom. Dagens tilbud for utredning og behandling av iskemisk hjertesykdom egner seg best til å påvise og behandle stenoser i koronararteriene (Løchen & Gerds, 2015, s.86-87). Stenoser er den vanligste årsaken til iskemisk hjertesykdom hos menn. Hos kvinner skyldes utvikling av iskemisk hjertesykdom i større grad stive arterier, mikrovaskulær sykdom, hypertensiv hjertesykdom, karspasmier og generell aterosklerotisk sykdom (Stubberud, 2016a, s.25). Det foreligger mangel på kunnskap om kvinner og ulike sykdommer. Gjennom tidene har det vært lav satsing på forskning ved en rekke områder innenfor kvinnehelse. Årsaken til at sykdommer og helseplager som rammer kvinner har fått lite oppmerksomhet kan komme av at det er menn som ofte definerer hva som er viktig innenfor forskning (Ingstad, 2013, s.89).

2.7 Sykepleieteoretiker - Florence Nightingale

Sykepleier sine observasjonsevne er vesentlige for tidlig identifisering og behandling av hjerteinfarkt og jeg har derfor valgt å trekke frem Florence Nightingale sin sykepleieteori. I følge Florence Nightingale var observasjon av den syke den viktigste praktiske egenskapen en sykepleier kunne evne. Sykepleieteoretikeren understreker at formålet med observasjon er å styrke helse og komfort samt redde liv, ikke å samle opp hauger med ulik informasjon (Nightingale, 1997, s.167). Nightingale mente at sykepleieren må vite *hva* som skal observeres og *hvordan* en observerer. Sykepleieren må vite hvilke tegn og symptomer som er viktige å kartlegge samt hvilke tegn og symptomer som tyder til forverring eller bedring av pasienten sin tilstand (Nightingale, 1997, s.149). Sykepleieteoretikeren retter stort fokus mot viktigheten av observasjon av pasienter og mener at uten observasjonsevne ville sykepleiere være like ubrukelige uavhengig av hvor mye en gir av seg selv (Nightingale, 1997, s.155).

Nightingale mener det er to ulike måter å tenke på, hvor begge måter er like misvisende og stadig leder til gale beslutninger. Den ene tenkemåten er manglende observasjon av situasjoner. Den andre tenkemåten er en medfødt vane med å tenke gjennomsnittlige (Nightingale, 1997, s.162). Observasjonsevnen blant sykepleiere blir dårligere til tross for stadig økt kunnskap om sykdommer. Nightingale beskriver hvordan sykepleiere støtter seg til ingen eller overfladiske observasjoner eller noe de har sett. Videre formidler sykepleieteoretikeren at de overfladiske observasjonene ville blitt vurdert annerledes dersom verden hadde hatt erfaring. Nightingale trekker frem eksempler hvor pasienter har dødd som følge av ren smerte, mangel på søvn eller utmattelse men som ble vurdert friske fordi de hadde frisk farge i ansiktet (Nightingale, 1997, s.158).

2.8 Observasjonskompetanse

Florence Nightingale sitt arbeid for å avdekke kvalitetsbrister, iverksette tiltak og evaluere tiltakene sin effekt har lenge inspirert sykepleiefaget og satt fokus på kvalitet og kvalitetsutvikling (Kirkevold, 2015, s.268). Kvalitet er et prioritert område innenfor helsesektoren og det forventes at kunnskap er grunnlaget for beslutninger som foretas i klinisk praksis (Erichsen, Røkholt & Utne, 2016). Sykepleierens observasjoner og vurdering av pasientens kliniske tilstand og tidligere sykdomshistorie er ytterst viktige da det raskt kan oppstå endringer i tilstanden til pasienter med hjertesykdom (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016, s.231). Nightingale (1997, s.158) belyser at forverring i pasienters tilstand i

noen tilfeller ikke har blitt fanget opp som følge av sykepleierens manglende observasjonskompetanse. Dette understreker viktigheten av at sykepleiere har gode observasjonsferdigheter.

Stubberud (2016d, s.362) formidler at pasienter forventer at sykepleiere har god kompetanse og kunnskap. I møte med pasienter som er akutt og kritisk syke har sykepleieren et stort ansvar. Sykepleieren er ofte den første og den som er mest til stede hos pasienten og dermed den som har best mulighet for å tidlig identifisere tegn til forverring i pasientens tilstand. For at pasienten skal få best mulig behandlingsresultat er det derfor vesentlig at sykepleieren har gode ferdigheter for å vurdere pasientens situasjon korrekt. Videre må sykepleieren forstå viktigheten av å handle raskt, forsvarlig, kompetent samt vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes (Stubberud, 2016a, s.31).

Sykepleier må være oppmerksom på kliniske symptomer og risikofaktorer samt å kunne forutse forverring i tilstanden til pasienten i forkant av tydelige tegn. Når feilvurderinger oppstår får ikke pasienten den nødvendige helsehjelpen vedkommende har behov for. Konsekvensene kan bli alvorlige og i verste fall kan pasienten dø (Stubberud, 2016b, s.242). Teoretisk kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi samt kunnskap om sykdommer utgjør grunnlaget for sykepleierens observasjonsevne. Til tross for moderne overvåkingsteknologi er observasjonene sykepleieren gjør seg gjennom sansene like viktig. Sykepleieren handler, vurderer og iverksetter tiltak basert på sine observasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.24).

2.9 Kartleggingsverktøy ved akutt og kritisk sykdom

I møte med pasienter har sykepleieren et selvstendig ansvar for å observere, kartlegge og vurdere vedkommende sin tilstand (Eikeland et al. 2016, s.248). For at sykepleiere skal kunne vurdere pasientens tilstand kan kartleggingsverktøy være nyttig. ABCDE-prinsippene, NEWS og SKUV er gode verktøy som kan brukes for å kartlegge pasientens tilstand ved akutt og kritisk sykdom. ABCDE-prinsippene er forkortelse for følgende: Airways (A) omhandler sikring av frie luftveier. Breathing (B) innebærer vurdering av pasientens respirasjon. Circulation (C) omhandler kartlegging av pasientens puls og blodtrykk. Disability (D) innebærer kartlegging av pasientens bevissthet. Exposure/Environment (E) innebærer kartlegging av skader og verne pasienten for omgivelsene. National Early Warning Score (NEWS) tar for seg puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens, temperatur er nyttig for å både

vurdere pasientens tilstand og fange opp endringer undervegs. Ved NEWS klassifiseres pasienten innenfor lav, middels eller høy skår avhengig av alvorlighetsgraden. Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) omhandler inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. SKUV er nyttig for å vurdere pasientens tilstand og iverksette relevante tiltak (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.30-32).

Hos pasienter med hjerteinfarkt må sykepleieren observere etter tegn på sirkulasjonssvikt, og ABC er førsteprioritet. Hypotensjon (lavt blodtrykk) er vanlig tidlig i infarktforløpet og etterfølges ofte av bradykardi (lav puls). Samtidig er det viktig å få frem at høyt blodtrykk og høy puls også kan forekomme som følge av sympatikusstimulering ved brystmerter. I forhold til respirasjon har pasienter med hjerteinfarkt ofte tegn til cyanose og dyspné (Eikeland et al. 2016, s.248-250). Dyspné kan oppleves som en følelse av at det er svært tungt eller anstrengende å puste (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s.137). Cyanose forekommer ved for lavt oksygeninnhold i blodet og kan observeres som blålig misfarging i hud og slimhinner. Denne blålige fargen er lettest å oppdage på lepper, negler og øreflipper (Bakkeland et al. 2016, s.144-145). Eikeland et al. (2016, s.250) påpeker at kvalme og brekninger kan oppstå som følge av intense brystmerter eller på grunn av en parasympatisk refleks fra det området i hjertet som er infarkttrammet.

3.0 Metode:

I metodekapittelet av oppgaven vil jeg gjøre rede for hva metode er, valg av metode og litteraturstudie som metode. Videre vil jeg presentere litteratursøk, metodekritikk, etiske overveielser og kildekritikk.

3.1 Hva er metode

Metode er et virkemiddel som kan benyttes når man ønsker å undersøke noe. Metode bidrar til å samle inn data, altså informasjonen som er nødvendig for den aktuelle undersøkelsen. Det er nødvendig å bruke forskjellige metoder for å få frem ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad hypoteser stemmer eller ikke. Metoder forteller hvordan man bør gå frem for å hente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s.51-52). Jeg har valgt å anvende to kvalitative studier, en oversiktsartikkel og en kvantitativ studie. Oversiktsartikkelen omhandler kvalitative studier. Ettersom deler av min problemstilling omhandler kvinners opplevelse av

symptomer ved hjerteinfarkt, mener jeg kvalitativ metode egner seg best og har derfor valgt et mangfold av kvalitative studier.

Kvantitativ metode benytter målbare enheter, det vil si konkret faktakunnskap om et fenomen. Kvantitative data er nyttige når en vil ha svar på omfang eller utbredelse av for eksempel en sykdom og når en ønsker objektive data. Ved kvantitativ metode samles data inn ved bruk av spørreskjema som inkluderer konkrete svaralternativer. Breddekunnskap er karakteristisk for kvantitativ metode, altså en får et lite antall opplysninger fra mangfoldige undersøkelser (Thidemann, 2019, s.75-76).

Kvalitativ metode har som formål å få kunnskap om menneskelige egenskaper som for eksempel erfaringer, opplevelser, meninger, motiver, forventninger og holdninger. Kvalitativ metode er nyttig når en vil ha svar på spørsmål som for eksempel ”hva betyr...” eller ”hvordan oppleves...”. Intervju, feltarbeid eller observasjon benyttes ofte som datainnsamling ved kvalitative studier. Kvalitative metoder karakteriseres av dybdekunnskap, altså en får et mangfold av opplysninger fra få undersøkelse elementer (Thidemann, 2019, s.76).

3.2 Litteraturstudium som metode

Ved litteraturstudier systematiseres kunnskap fra skriftlige kilder. Systematiseringen innebærer å samle inn litteratur, foreta en kritisk gjennomgang av den og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2007, s.37). Hensikten med litteraturstudier er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området som problemstillingen etterspør. Videre skal studien beskrive hvordan man er kommet frem til den kunnskapen som anvendes (Thidemann, 2019, s.77-78).

3.3 Litteratursøk

For å finne ulike forskningsartikler har jeg gjennomført en rekke søk i databasene Cinahl, PubMed, Sykepleien Forskning og Idunn. Jeg har benyttet søkeordene: myocardial infarction, myocardial ischemia, women, symptoms, STEMI, NSTEMI women's health, nurse recognition, nursing skills, nurse physical assessment skills, nurse assessment. Videre brukte jeg AND/OR for å kombinere søkeordene. Jeg avgrenset søkene til artikler som ikke er eldre enn fem år, altså fra tidsperioden 2015-2020 for å sikre oppdatert forskning. Jeg avgrenset også kjønn og valgte kun ”females”. I databasen Cinahl avgrenset jeg søkene innenfor

”academic journals” og ”Magazines”. Jeg har også foretatt søk via Google Scholar, hvor jeg fant to av mine utvalgte forskningsartikler.

Jeg valgte å foreta søk i Cinahl, Pubmed og Google Scholar ved bruk av engelske søkeord. Ved å benytte engelske søkeord fikk jeg et større utvalg av artikler og internasjonal forskning. Ved søk i Sykepleien Forskning og Idunn benyttet jeg norske søkeord som; hjerteinfarkt og kvinner og avgrenset kun til artikler innen 5 år. Jeg opplevde færre resultat ved bruk av norske søkeord. Jeg opplevde det som utfordrende å finne studier som belyste konkrete sykepleietiltak ved hjerteinfarkt. Gjennom søkene fant jeg også andre vitenskapelige artikler utenom de fem valgte forskningsartiklene, som jeg har valgt å anvende som litteratur i oppgaven. I oppgaven vil jeg legge ved en tabelloversikt som viser en dypere søkeprosess for hver enkelt av de valgte forskning artiklene. Se vedlegg (1) for denne oversikten og vedlegg (2) for tabelloversikt over inklusjon og eksklusjonskriterier.

3. 4 Metodekritikk

Metodekritikk handler om å reflektere over valg av metode samt å evaluere hvordan metoden har fungert i forhold til det en vil undersøke. For å vurdere om metoden har fungert er det vesentlig å se på fordeler og ulemper med den valgte metoden. Først når undersøkelsen er gjennomført kan en vurdere metoden (Dalland, 2017, s.225). I forhold til metode, stilles det krav til validitet og reliabilitet. Validitet omhandler metodens relevans og gyldighet.

Reliabilitet gjelder metodens pålitelighet og handler om at data må utføres rett og at dersom det oppstår feilmarginer må disse oppgis (Dalland, 2017, s.40). Litteraturstudie som metode var bestemt på forhånd for denne oppgaven. Jeg har forsøkt etter beste evne å benytte artikler jeg mener er relevant for oppgavens problemstilling. Artiklenes relevans er beskrevet i vedlegg (1). En svakhet kan imidlertid være at jeg ikke har utført presise nok søk. Oppgaven er preget av min tolkning av problemstillingen og det mulig andre hadde tolket den annerledes. Ettersom oppgaven kun anvender et utvalg av artikler som svarer på problemstillingen, kan ikke litteraturstudiet brukes som selvstendig forskning.

3.5 Etiske overveielser

Ettersom jeg har valgt litteraturstudie som metode, har jeg ingen direkte kontakt med personene som er involvert i de ulike forskningsprosjektene. Jeg har derfor valgt å ikke benytte direkte sitater fra artiklene. Kvinnene har samtykket til å delta i undersøkelsene, men de har imidlertid ikke samtykket til å bli sitert i denne litteraturstudien. Forskningsartiklene jeg har valgt å anvende i oppgaven er etisk vurdert. Videre har artiklene anonymisert personlige opplysninger om deltakerne og overholder dermed retningslinjene som gjelder for forskning. I oppgaven vil jeg følge APA6th sin referansestil og referere korrekt slik at jeg ikke tar ære for andres arbeid.

3.6 Kildekritikk

Når man skal analysere forskning er det viktig å ha et kritisk blikk for å vurdere kvaliteten på artiklene. Hensikten med kildekritikk er å vise leseren den litteraturen en har brukt og hvilke kriterier som er benyttet for å velge den ut. Kildekritikk blir benyttet for å undersøke om en kilde sann, altså om det er mulig å stole på at det som blir sagt i litteraturen er riktig og dermed kan refereres til (Dalland & Trygstad, 2017, s.158-159)

Alle de valgte artiklene i oppgaven benytter IMRaD strukturen. IMRaD står for:

I – Introduction

M – Method

R – Results

a – and

D – Discussion

Ved IMRaD strukturen beskriver innledningen (I) hovedhensikten med studien, metoden som er benyttet (M), hovedresultater (R) samt en diskusjon eller evaluering av funnene (D). Til slutt beskrives studiens konklusjon (Thidemann, 2019, s.30). Tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler pålegger forskere å benytte denne strukturen, dog finnes det enkelte unntak (Thidemann, 2019, s.66-67).

Alle artiklene er skrevet på engelsk, noe som gir økt risiko for feiltolkning ettersom jeg ikke har engelsk som morsmål. Videre vil jeg trekke frem at studiene er foretatt i ulike land og hvor helsesystemene kan være annerledes enn det norske helsevesenet. De ulike helsesystemene kan spille en viktig rolle i forhold til pasientene sin sosioøkonomiske status

og tilgang på helsehjelp. Dette er faktorer som kan ha innvirkning på resultatene. Som tidligere nevnt, har jeg valgt å fokusere på NSTEMI og STEMI. Jeg har imidlertid valgt å inkludere en kvalitativ artikkel som gjør rede for kvinners erfaringer ved akutt koronarsyndrom. De fleste kvinnene i artikkelen hadde STEMI og jeg anser derfor artikkelen som relevant og har valgt å filtrere ut data fra studien som omhandler STEMI og NSTEMI. Oversiktsartikkelen jeg har valgt inkluderer flere ulike kvalitative studier. Dette kan bidra til en økt oversikt over forskningen som finnes om temaet. Samtidig kan mangfoldet av studier gjengitt i oversiktsartikkelen være en ulempe i forhold til sekundærkilder. I følge Dalland (2017, s.171) bør en så langt en klarer forsøke å benytte primærkilder for å unngå feiltolkninger. I oppgaven har derfor forsøkt å bruke primærkilder så langt det lar seg gjøre.

I følge Helsebiblioteket (2016) er det noen generelle spørsmål som bør stilles uavhengig av forskningsmetode, blant annet om resultatene i studien er til å stole på. Pålitelighet er et krav innenfor forskning og omhandler i hvilken grad resultatene er til å stole på. Om resultatet er pålitelig avhenger blant annet av datasamlingsmetoden, hvilke feilkilder som mulig har påvirket resultatet og valgene som er tatt i løpet av prosessen. Det skal være mulig for leseren å vurdere resultatene og ta stilling til om de er tilstrekkelige for konklusjonen (Dalland, 2017, s.55-58). For å kvalitetssikre de utvalgte artiklene har jeg benyttet sjekklister for kritisk vurdering fra Helsebiblioteket (2018). Vedlegg (3) viser eksempel på kritisk vurdering av en kvalitativ artikkel.

I forhold til faglitteratur i oppgaven har jeg lagt vekt på å bruke lærebøker som var vært pensumlitteratur ved sykepleierutdanningen. Selvvalgt litteratur har jeg benyttet for å supplere med ytterligere kunnskap. For at litteraturen fremdeles skal være relevant i praksis har jeg forsøkt å benytte fagbøker fra nyere tid.

4.0 Resultat

I resultatkapittelet vil jeg presentere formål, metode, resultat og konklusjon i de fire artiklene jeg har valgt å benytte.

4.1 - Artikkel 1: Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction

Av: Lichtman et al. (2018)

Formål: Studien til Lichtman et al. (2018) hadde som formål å undersøke hvilke type og antall symptomer som forekommer ved hjerteinfarkt blant yngre pasienter. Videre tar studien for seg hvordan deltakerne sin tolkning av symptomene påvirket deres avgjørelse i å søke helsehjelp samt deltakernes møte med helsepersonell.

Metode: Undersøkelsen er en del av en større studie kjent som VIRGO. I sammenheng med VIRGO studien ble deltakerne intervjuet i løpet av sitt sykehusopphold. Undersøkelsen inkluderer 2009 kvinner og 976 menn og har benyttet en kvantitativ metode for presentere resultatene. Studiens inklusjonskriterier var at pasientene måtte være mellom 18-55 år, hatt symptomer på hjerteinfarkt, EKG-forandringer måtte foreligge samt stigning i hjertemarkører innen et døgn etter sykehusinnleggelse.

Resultat: Funnene i artiklene viser at kvinner i større grad enn menn opplever tilleggssymptomer fra mage-tarm-kanalen som magesmerter, obstipasjon og kvalme. Kvinnene opplevde videre også mer diffuse symptomer som ubehag/smerter i nakke, armer, mellom skulderbladene, kjeve og kortpusthet. Videre viser studien at kvinner med tidligere sykehistorie som inkluderer diabetes, nyresvikt, KOLS, overvekt eller slag har høyere sannsynlighet for å utvikle hjerteinfarkt enn menn. Derimot var det færre kvinner enn menn som hadde STEMI, hyperkolesterolemi og stenose ved hjerteinfarkt.

Konklusjon: Symptomenes vedvarende karakter påvirket pasientene sin avgjørelse i å søke helsehjelp, dog oppsøkte kvinnene hjelp senere enn menn. Mer enn halvparten av pasienten trodde symptomene var relatert til mage-tarm-kanalen og kvinner opplevde i større grad stress og engstelse. I forhold til menn ble kvinners symptomer i større grad ikke antatt å være relatert til hjertesykdom i kontakt med helsevesenet.

4.2 - Artikkel 2: Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction

Av: Lichtman et al (2015).

Formål: Lichtman et al (2015) belyser i sin artikkel unge kvinner sin opplevelse av hjerteinfarkt og hvordan helsevesenet imøtekommer dem. Studiens formål er å formidle hvordan helsevesenet kan bidra til forbedring i tidlig identifisering og behandling av kvinner med akutt hjerteinfarkt.

Metode: Studien har benyttet kvalitativ metode. 30 kvinner i alderen 30-55 år som var innlagt på sykehus som følge av akutt hjerteinfarkt deltok i undersøkelsen. Dybdeintervju via telefon ble brukt for å samle inn data om deltakernes individuelle opplevelser av hjerteinfarkt og møte med helsetjenesten. Deltakerne skrev under på et samtykkeskjema før de deltok.

Resultat: Kvinnene som deltok i studien opplevde symptomer som ubehag i brystet, hodepine, utmattelse, smerter i ekstremiteter, kvalme, svimmelhet, smerter i hals og nakke, kortpustet og sure oppstøt. Fem faktorer var karakteristisk for kvinnene sin opplevelse av hjerteinfarkt. (1) De tidlige symptomene varierte i både utbredelse og omfang. (2) Kvinnene feilvurderte sin personlige risiko for utvikling av hjertesykdom og vurderte symptomene som andre ikke-hjerterelaterte helseplager. (3) Kvinnene prioriterte andre gjøremål fremfor å oppsøke medisinsk hjelp. (4) Helsevesenet lyttet ikke konsekvent til kvinnene, noe som forårsaket forsinkelser i utredelse og diagnose. (5) Kvinnene dro ikke på rutinemessige kontroller i forkant, noe som resulterte i manglende forebyggende behandling på hjertesykdom.

Konklusjon: Deltakerne i forskningsprosjektet feilvurderte sin egen risiko for utvikling av hjertesykdom og hadde dårlig forebyggende helseatferd. Sammenhengen mellom rask gjenkjenning av symptomer ved hjerteinfarkt og tidsnok behandling er avgjørende for optimalisert akuttmedisinsk pleie.

4.3 - Artikkel 3: A qualitative study of symptom experiences of women with acute coronary syndrome

Av: Davis (2017)

Formål: Davis (2017) sin studie har til hensikt å identifisere hvilke faktorer som påvirker kvinner sin evne til å gjenkjenne, tolke og handle ved symptomer på akutt koronarsykdom.

Metode: Studien har benyttet kvalitativ metode. Det ble foretatt dybdeintervjuer med 18 kvinner som har gjennomgått akutt koronarsykdom for å undersøke hvordan de reagerte og handlet basert på symptomene. Intervjuene ble innledet med åpne spørsmål for å introdusere kvinnene til temaet. Videre ble spørsmålene mer spisse og konkrete for å samle inn data om kvinnenes opplevelser av symptomer ved hjerteinfarkt. Både kvinner med ustabil angina pectoris, NSTEMI og STEMI ble inkludert i undersøkelsen. Pasienter med STEMI utgjorde et større antall av deltakerne.

Resultat: Kvinnene ble inndelt i tre grupper basert på funnene. 1) Blant åtte kvinner oppstod symptomene plutselig. Av de åtte kvinnene gjenkjente de fleste symptomene på akutt koronarsykdom raskt og oppsøkte hjelp umiddelbart. 2) Tre kvinner hadde diffuse symptomer som i starten utviklet seg langsomt men fikk senere intense symptomer som ledet til at de søkte medisinsk hjelp. 3) Syv kvinner opplevde symptomer som utviklet seg over tid, men relaterte ikke symptomene til hjertesykdom noe som førte til en "vent og se det an" holdning.

Konklusjon: Kvinner med mindre uttalte, intense symptomer eller symptomer som utvikler seg over tid, er i større risiko for forsinket presentasjon, diagnose og behandling for akutt koronarsykdom. Studien konkluderer med at kvinner burde få undervisning i symptomgjenkjenning ved akutt koronarsykdom.

4.4 - Artikkel 4: Womens experiences during myocardial infarction: Systematic review and meta-ethnography

Av: Madsen & Birkelund (2016)

Formål: Madsen & Birkelund (2016) sin studie har til hensikt å identifisere, analysere og presentere eksisterende kunnskap angående kvinners opplevelse ved hjerteinfarkt.

Metode: Oversiktsartikkel. Det har blitt gjennomført søk i fire databaser, CINAHL, Scopus, PsycINFO og PubMed. Danske, Norske, Engelske og Svenske studier ble vurdert for mulig inklusjon. Kvalitative studier som kun fokuserte på kvinners fysiske symptomer ved hjerteinfarkt og kvalitative studier som fokuserte på kjønnsforskjeller ved hjerteinfarkt ble ekskludert. Av 481 studier ble 14 kvalitative studier valgt og presentert i Madsen & Birkelund (2016) sin artikkel. Studien bruker meta-etnografi som er en strategi utviklet for å sette sammen kvalitative data (Helsebiblioteket, u.å).

Resultat: Enkelte kvinner opplevde karakteristiske symptomer som smerter i bryst med stråling ut i skulder og arm. Andre opplevde mer diffuse symptomer som kroppslige forandringer i mage, hals, armer, nakke, rygg og hode samt sure oppstøt og halsbrann. Det ble funnet tre hovedelementer rundt kvinnenes opplevelser. 1) Kroppslige forandringer, 2) Forståelse av de kroppslige forandringene og 3) Hvordan kvinnene handlet på bakgrunn av de kroppslige forandringene. De fleste kvinnene som deltok i studien anerkjente ikke de kroppslige forandringene som noe alvorlig. Derfor valgte kvinnene å "vente og se" og selvmedisinere seg selv, fremfor å forhøre seg med andre. En mindre andel av kvinnene anerkjente umiddelbart symptomene sine symptomene som alvorlig og relatere symptomene til akutt hjerteinfarkt. Disse kvinnene valgte å forhøre seg med andre på et tidligere tidspunkt.

Konklusjon: Kvinners opplevelser og tolkning av kroppslige forandringer ved akutt hjerteinfarkt varierer. Ofte anerkjenner ikke kvinner symptomene sine som alvorlige. Selvmedisinering og forsinket behandling er konsekvenser som forekommer som følge av at kvinner feiltolker sine symptomer ved akutt hjerteinfarkt. Kvinner som anser sine symptomer som noe alvorlig oppsøker prioriterer imidlertid å oppsøke profesjonell hjelp.

5.0 Drøfting

Kvinner erfarer hjerteinfarkt annerledes enn menn. Hvorfor er det slik? I drøftingskapittelet vil jeg se på både hvordan kvinner opplever hjerteinfarkt og hvordan sykepleiere kan bidra til tidlig identifisering av infarkt. Jeg velger derfor å dele inn drøftingskapittelet i to deler.

5.1 Kvinners opplevelse av hjerteinfarkt

I Lichtman et al. (2018) sin studie viste funnene at press og ubehag i brystet samt brystmerter i stor grad var til stede hos begge kjønn men at kvinner i større grad opplevde tilleggssymptomer. Fordøyelsesplager, kvalme, magesmerter, smerter i nakke, armer, kjeve, mellom skulderbladene og kortpusthet var blant symptomene til kvinnene (Madsen & Birkelund, 2016., Davis, 2017., Lichtman et al. 2018). Det er mangel på kunnskap i dagens forskning og faglitteratur rundt de kjønnsmessige ulikhetene. Imidlertid kan hormonelle faktorer og genetiske ulikheter i hjertets normalfunksjon kan være blant biologiske årsaker som påvirker utviklingen av hjerteinfarkt hos kjønnene (Stubberud, 2016a, s.25).

Eikeland et al. (2016, s.239) formidler at diffuse symptomer, endringer i pasientens tilstand og symptomer på hjertesykdom er alle indikasjoner for å ta EKG. Ved mistanke om hjerteinfarkt og/eller ved brystmerter er EKG sentralt i utredningsfasen (Ellingsen, 2016, s.65). Blant kvinner er EKG-forandringer som er et viktig tegn ved iskemi, mindre tydelig sammenlignet med menn. De atypiske symptomene medfører at kvinner oftere får senere behandling enn menn samt at hjertesykdommen ofte har utviklet seg lenger når den først behandles (Ørn og Brunvand, 2016, s.169-170). Kvinner har en tendens til å bortforklare symptomene og relatere ubehaget de opplever til andre helseplager. Kvinner kan også tåle smerte og ubehag i større grad enn menn og tar derfor sent kontakt med helsevesenet (Ellingsen, 2016, s.65). Det kan da stilles spørsmål til hvor mangelen på kunnskap om symptomer ved hjerteinfarkt ligger: Er mangel på kunnskap om symptomer en årsak til at kvinner søker hjelp kritisk sent eller har ikke helsepersonell tilstrekkelig kunnskap for å avdekke hjerteinfarkt i tidlig fase hos kvinner?

Studiene viser at kvinnene avventet med å søke helsehjelp som følge av at symptomene ikke samsvarte med hvordan media presenterer hjerteinfarkt. Kvinner sin opplevelse av symptomene samsvarer ikke med hvordan media representerer hjerteinfarkt. Det kan se ut til at det stereotypiske symptombilde ved hjerteinfarkt er basert på menn og kan villedde kvinner

til å tro at atypiske symptomer ikke er hjerte-kar relatert (Lichtman et al. 2015., Madsen og Birkelund, 2016). Et interessant funn i Lichtman et al. (2015) sin studie er at en av pasientene selv er sykepleier, men fremdeles mistenkte ikke vedkommende at symptomene hun opplevde kunne indikere på hjerteinfarkt. Det at hjerteinfarkt i alle år har vært karakterisert som en ”mannssykdom” kan bidra til at kvinnene bagatelliserer symptomene sine og vegrer seg for søke helsehjelp. Det kan også virke som at helsepersonell sin kunnskap om hjertesykdom blant kvinner er mangelfull fordi den kunnskapen som finnes er basert på hvordan hjertesykdom opptrer hos menn.

Tidligere negative opplevelser i kontakt med helsepersonell påvirket kvinnene sin avgjørelse i avvente med å søke helsehjelp. Kvinnene var redd for å bli oppfattet som hypokondere og var engstelige for konsekvensene dersom symptomene deres var ”falsk alarm”. Når sykepleieren bekreftet at kvinnene hadde hjerteinfarkt opplevde de en følelse av lettelse (Lichtman et al., 2015). Samtidig viser kvinner seg å være det kjønn som oftest oppsøker helsevesenet (Ingstad, 2013, s.86). Enkelte helsepersonell har en oppfatning om at kvinner er mer krevende pasienter og har i større grad diffuse plager generelt. Til tross for at symptomene og plagene blant kvinnelige pasienter er reelle, samsvarer de ikke med klassiske sykdomsbilder. På denne måten kan kvinner med vage sykdomsbilder oppleve at deres helsetilstand ikke blir tatt seriøst. Kvinnene kan oppleve krenkelser og må kjempe for å bli trodd på (Ingstad, 2013, s.88-89). Dersom denne oppfatningen blant helsepersonell stemmer kan det skape barrierer som bidrar til forsinket behandling blant kvinner.

På en annen side påpeker Lichtman et al. (2018) at menn i større grad enn kvinner oppsøkte helsehjelp fordi de mistenkte at symptomene var relatert til hjerte-kar-sykdom. Kvinnene derimot kontaktet helsevesenet på et senere tidspunkt enn menn og relaterte symptomene til andre helseplager (Lichtman et al., 2018). Ingstad (2013, s.86) opplyser imidlertid at menn utsetter å kontakte helsevesenet, og søker hjelp først når symptomene er alvorlige. Ettersom flere av studiene viser at menn i større grad opplever klassiske symptomer ved hjerteinfarkt samt relaterer symptomene til hjerte-kar-sykdom kan det bidra til at de søker raskere helsehjelp. Videre kan dette indikere på at kvinner som rammes av hjerteinfarkt mangler kunnskap og forståelse av symptomer ved hjerteinfarkt.

Det kan se ut til at både biologiske og sosiale faktorer spiller en rolle i forhold til hvordan kvinner erfarer symptomer ved hjerteinfarkt. De kan virke som om de biologiske faktorene

påvirker utviklingen av hjerteinfarkt og at sosiale roller påvirker hvordan kvinnene tolker symptomene og handler. Tolkning av symptomer, betydningen av dem og hvordan pasienten reagerer på dem, avgjøres blant annet av sosiale og kulturelle faktorer (Dodd mfl., referert i Nortvedt & Grønseth, 2016, s.26). Det er viktig å ta hensyn til både likheter og ulikheter mellom kvinner og menn. Forståelse og kunnskap om både kvinner og menn er vesentlig for at begge kjønn sin helsetilstand skal bli tatt på like mye på alvor (Ingstad, 2013, s.89).

5.2 Sykepleiers rolle ved identifisering av hjerteinfarkt hos kvinner

En vesentlig faktor knyttet til økt mortalitet ved akutt koronarsyndrom er at pasienten kommer sent til behandling (Eikeland et al. 2015, s. 545). For at sykepleier skal kunne bidra til tidlig identifisering og behandling av hjerteinfarkt blant kvinner er det altså vesentlig at kvinner oppsøker behandling i tidlig fase. En av årsakene til at kvinnene ikke søker helsehjelp på et tidligere tidspunkt er fordi de ikke ønsker å være til bry eller bli oppfattet som en ”klassisk” kvinne som klager over helseplager som ikke er alvorlige. Kvinnene bagatelliserte symptomene og følte mye ansvar ovenfor familie og arbeid (Lichtman et al. 2015). Her har sykepleier en viktig rolle innenfor helsefremmende arbeid.

Florence Nightingale var opptatt av helsefremmende arbeid ettersom at det som fremmer helsen også vil forebygge sykdom (Alvsvåg, 2018, s.59). Innenfor helsefremmende arbeid er blant annet sykepleier sin funksjon å hjelpe pasienten til utvikling av kompetanse og læring. Kompetanse omhandler ferdigheter, holdninger og kunnskap (Tveiten, 2018, s.238). Ved at sykepleier underviser og deler sin kompetanse med kvinner kan dette bidra til at kvinner gjenkjenner symptomene og søker hjelp tidligere.

Sykepleiere skal ha kompetanse til å drive forebyggende arbeid og helseopplysning. Det innebærer formidling av kunnskap, informasjon, undervisning og veiledning om tiltak for å forebygge sykdom (Stubberud, 2016c, s.40). I forhold til forebyggende helsearbeid har Helsedirektoratet (2018) utviklet retningslinjer som beskriver risikofaktorer for utvikling av hjertesykdom. Siden 1970- årene har det vært en nedgang i røyking og kostrelaterte risikoer (Løchen & Gerds, 2015, s.89). Selv om hjertesykdom fremdeles er utbredt er det tydelig at befolkningen har fulgt rådene til en viss grad. Dersom lignende tilgang på informasjon om symptomer på hjerteinfarkt hos kvinner hadde vært like utberedt kan det føre til at kvinner oppsøker helsehjelp på et tidligere tidspunkt. For eksempel kunne enkle plakater eller

brosjyrer med tabelloversikt over kvinners symptomer ved hjerteinfarkt vært tilgjengelig på helsekontor og i kvinneblader. Løchen og Gerds (2015, s.91-92) sin tabell gir en prosentvis oversikt over kvinners symptomer ved hjerteinfarkt – se vedlegg (4- Tabell 1) for denne tabellen.

Massemedier som tavleoppslag, radio, tv og blader blir mye brukt innenfor helsefremmende arbeid. Massemediene kan bidra til å øke bevissthet rundt helseproblemer ved å formidle forståelig informasjon til befolkningen (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2016, 30-31). Ved at både sykepleiere, myndigheter og media informerer og deler kunnskap om kvinners symptomer ved hjerteinfarkt, kan dette øke bevisstheten rundt temaet. Sammen kan dette føre til tidlig identifisering og behandling av hjerteinfarkt hos kvinner.

Funnene viser også at i kontakt med helsevesenet relaterte verken helsepersonell eller kvinnene selv symptomene til hjerte-kar-sykdom (Davis, 2017., Lichtman et al. 2018). Blant helsepersonellgrupper er sykepleiere de som har mest kontinuerlig kontakt med pasienten og får best tilgang på informasjon om vedkommende (Ellingsen, 2016, s.74). Datainnsamling av pasientens symptomer krever samhandling med pasienten og er vesentlige for sykepleierens vurdering av pasienten sin tilstand (Stubberud, 2016, s.242). Det at kvinnene relaterer symptomene til andre organsystemer som fordøyelsessystemet kan medføre at sykepleier får misvisende informasjon. For at sykepleier skal kunne innhente tilstrekkelig informasjon er det viktig at kvinner også har kunnskap om både klassiske og atypiske symptomer ved hjerteinfarkt. Økt kunnskap kan bidra til at kvinner oppsøker helsehjelp tidligere som da gir sykepleier mulighet til å avdekke infarkt i tidlig fase.

Løchen og Gerds (2015, s.93) påpeker at ved mistanke om akutt hjerteinfarkt skal pasienter komme raskt til behandling, uten unødvendige forsinkelser. Datasamling utgjør selve grunnlaget for kliniske vurderinger og avgjørelser i forhold til behandling. Sykepleieren må være oppmerksom på både hvordan pasienten selv opplever sin sykdom samt objektive tegn som kan fortelle noe om tilstanden til vedkommende (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.24-28). Det kan være utfordrende for sykepleier å tidlig identifisere infarkt når kvinners symptomer også kan være tegn på andre sykdommer. Hvis observasjonskompetansen til sykepleieren ikke er tilstrekkelig for å identifisere infarkt, kan kartleggingsverktøy være et godt suppleringsmiddel.

Observasjon av de små tegnene kan bidra til at en sykepleier redder liv (Nightingale, 1997, s. 160). Evnen til å observere kliniske tegn innebærer kunnskaper om hvilke tegn en skal være observant for og bruke sin erfaring for å kunne vurdere nye observasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.24). Det er altså vesentlig at sykepleiere har kunnskaper om kvinners symptomer med hjerteinfarkt og risikofaktorer for tidlig identifisering. Ved å bruke ABCDE-prinsippene og SKUV kan sykepleier samle nyttig data om blant annet pasientens respirasjon og sirkulasjon. For eksempel kan sykepleier bruke sansene til å observere og vurdere pasientens pulskvalitet, om vedkommende preget av dyspné og er det tegn til cyanose på pasientens lepper. Videre kan NEWS gi et helhetsbilde av tilstanden til pasienten og hvilke tiltak som bør iverksettes. Bruk av kartleggingsverktøy kan bidra til at sykepleiere stoler mer på sine ferdigheter til å identifisere sykdom hos pasienter på et tidlig tidspunkt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.32).

Flere av kvinnene opplevde at symptomene deres utviklet seg gradvis over tid og avventet derfor med å kontakte helsevesenet. Først når symptomene var av utberedt karakter oppsøkte de helsehjelp (Lichtman et al. 2015., Davis, 2017). Hvis kvinnene da oppsøkte helsevesenet med utbredte symptomer, burde det vel være mulig for sykepleiere å identifisere infarkt raskt?

Eikeland et al. (2015, s.545) påpeker at pasienter med brystmerter skal alltid behandles som infarktpasienter frem til det motsatte er bevist. I Lichtman et al. (2015) sin studie viser funnene imidlertid at kvinner med både karakteristiske og atypiske symptomer opplevde utilstrekkelig utredning i kontakt med helsevesenet. Det at kvinnene opplever mangelfull vurdering og oppfølging når de først kontakter helsevesenet, kan tyde på at det også foreligger en svikt blant helsepersonell. Sykepleiere sine observasjoner og kliniske vurderinger ved akutt koronarsykdom er vesentlige for pasientens behandlingsresultat. Sykepleierens kompetanse i raskt identifisering og overvåking er pasientenes første forsvarslinje (Stubberud, 2016b, s.242).

Funnene viser også enkelte tilfeller hvor sykepleiere ikke klarte å identifisere kvinnene sitt hjerteinfarkt ved første møte. Blodprøver og undersøkelser som ble gjort avdekket ikke infarkt med engang og kvinnene ble informert om at alt så fint ut (Lichtman et al. 2015). Dette viser hvordan sykepleieren kan ta dårlige beslutninger i vurdering av pasientens

tilstand, hvis en kun baserer seg på teknologiske hjelpemidler. Dette underbygger Nightingale (1997, s.159) sitt utsagn om viktigheten av sykepleier sine observasjonsferdigheter.

Madsen og Birkelund (2016) fant i sin studie at kvinner følte noe var galt med kroppen, men mistenkte ikke noe alvorlig sykdom. Symptomene deres var en blanding av ulike kroppslige forandringer lokalisert i brystet, ryggen, armene og nakken og varierte i utbredelse.

Observasjon som kunnskapskilde baserer seg i stor grad på hvordan sykdommer arter seg gjennom symptomer og kroppslige tegn. Sykdommer kan i en viss grad leses gjennom de tegnene og symptomene som viser seg (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23). Som tidligere nevnt er en viktig del av sykepleiers observasjonsevne å vite hva en skal se etter. Dette kan tyde på at det er nødvendig å utvide det ”klassiske” sykdomsbilde ved hjerteinfarkt. Ved å inkludere atypiske symptomer som ”typiske” symptomer ved hjerteinfarkt kan det bidra til at både kvinner og sykepleiere i større grad gjenkjenner og avdekker infarkt i tidlig fase.

6.0 Konklusjon

Funnene viser at kvinner ofte opplever atypiske symptomer som fordøyelsesplager, ryggmerter, nakkesmerter, tretthet og kvalme ved hjerteinfarkt. Symptomene hos kvinnene utviklet seg ofte over tid og samsvarte ikke med forventet bilde av hjerteinfarkt. Det er tydelig at kvinner har behov for økt kunnskap om symptomer ved hjerteinfarkt, hvor sykepleier har en viktig undervisende funksjon innenfor helsefremmende arbeid. På bakgrunn av de atypiske symptomene er sykepleier sine observasjonsevner og kompetanseferdigheter viktig for å tidlig identifisere hjerteinfarkt hos kvinner. Kartleggingsverktøyene ABCDE, SKUV og NEWS kan være til god hjelp for tidlig identifisering av hjerteinfarkt. I møte med pasienter er viktig at sykepleieren har et klinisk blikk og ser hele sykdomsbilde. Til slutt vil jeg avslutte med en oppfordring til både kvinner og helsepersonell: tenk infarkt – hjertemuskelen har ingen tid å miste!

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging: et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik. & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s.50-70). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bertelsen, B. (2016). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn & E. B. Gransmo (Red). *Sykdom og behandling*. (2.utg., s.35-49). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D-G, Stubberud., R, Grønseth. & H, Almås (Red.). *Klinisk Sykepleie 1* (5.utg., s. 117-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s.148-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Davis, L.L. (2017) A Qualitative Study of Symptom Experiences of Women with Acute Coronary Syndrome, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(5) s.488- 495. doi: 10.1097/JCN.0000000000000381.
- Ellingsen, T-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.54-93). Oslo: Cappelen Damm.
- Eikeland, A., Gimnes, M & Holm, H. M. (2015). Sirkulasjonssvikt. I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.). *Intensivsykepleie* (3. utg., s.534-605). Oslo: Cappelen Damm.
- Erichsen, T., Røkhald, G. & Utne, I. (2016). Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen. *Sykepleien Forskning*, 11(1), s. 66-76. Doi: 10.4220/Sykepleief.2016.56829

Eikeland, A., Stubberud, D-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D-G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s.229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2019). Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018. Hentet 10. Mars 2020 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte-og-karsykdom-i-2018/>

Gleason, K. T., Greenberg, P. & Himmelfarb, C.R.D. (2019). Nurses are key in preventing deadly diagnostic errors in cardiovascular diseases. *Journal of cardiovascular nursing*, 34(1) s. 6-8. Doi: 10.1097/JCN.0000000000000542.

Helsebiblioteket (2016). Sjekklistor. Hentet 22. Februar 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket (2018). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 1. Mars 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket (u.å.) Vedlegg 3: Ordliste med forklaringer. Hentet 29. Mars 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/attachment/249317?ts=1552af4e162>

Helsedirektoratet (2018). Kartlegging av levevaner og råd om livsstiltak som forebygging av hjerte- og karsykdom. *Forebygging av hjerte- og karsykdom: nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 19. Mars 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levevaner-og-rad-om-livsstiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom?malgruppe=undefined>

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J, Kristoffersen., F, Nortvedt., E-A, Skaug & G. H, Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg, s.267-309). Oslo: Gyldendal Akademisk

Løchen, M.-L. & Gerds, E. (2015). *Kvinnehjarter: En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B., Bao., Krumholz, H. M., Lorenze, N.P.,...D'Onofrio, G. (2018). Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction. *Circulation*, 137(8), s.781-790. Doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>

Lichtman, J. H., Leifheit-Limsom, E. C., Watanabe, E., Allen, N. B., Garavalia, B., Garavalia, L. S....Curry, L. A. (2015). Symptom recognition and healthcare experience of young women with acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(2), 31-38. Doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612>

Metha, L. S., Beckie, T. M., DeVon, H. A., Grines, C. L., Krumholz, H. M. Johnson, M. N.,... Wegner, N. K. (2016). Acute myocardial infarction in women; A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 133(9), s. 916-947. Doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000351>

Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2007). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Madsen, R. & Birkelund, R. (2016). Women's experiences during myocardial infarction: Systematic review and meta-ethnography. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), s.559-609. Doi: 10.1111/jocn.13096

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å, Gammersvik. & T. B, Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2.utg, s.14-36). Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalforeningen for folkehelse (2019). Hjerteinfarkt. Hentet 5. Mars 2020 fra <https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/hjerteinfarkt/>

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Nortvedt, P. & R, Grønseth. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G, Stubberud., R, Grønseth. & H, Almås (Red.). *Klinisk Sykepleie I* (5.utg., s. 17-39).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D-G. (2016a). Hjertesykdom – En introduksjon. I D-G. Stubberud (Red.).

Sykepleie til personer med hjertesykdom (s.21-39). Oslo: Cappelen Damm.

Stubberud, D-G. (2016b). Generelle observasjoner og kliniske vurderinger ved hjertesykdom.

I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.241-286). Oslo:

Cappelen Damm.

Stubberud, D-G. (2016c). Sykepleierens funksjon og ansvar ved primærforebygging av

hjertesykdom. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.40-

53). Oslo: Cappelen Damm.

Stubberud, D-G. (2016d). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av

hjertesykdom i sykehus. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med*

hjertesykdom (s.334-392). Oslo: Cappelen Damm.

Tabell 1. Symptomer på hjerteinfarkt hos kvinner. Hentet 1. April 2020 fra Løchen, M-L. &

Gerds, E. (2015). *Kvinnehjarter: en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*.

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille*

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2017). Empowerment og veiledning: sykepleierens pedagogiske funksjon i

helsefremmende arbeid. Å. Gammersvik. & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende*

sykepleie – i teori og praksis (2. utg., s.237-258). Bergen: Fagbokforlaget.

Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte – og karsykdommer. I S. Ørn & E. B.-Gansmo (Red.).

Sykdom og behandling. (2.utg., s.162-200). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg (1): Søkeprosess for hovedartikler

Database og Søkeord	Avgrensninger og treff	Artikkel valgt	Forfattere av artikkel	Artikkelens relevans
CINAHL Symptom experiences of women with acute myocardial infarction AND: - Myocardial infarction - Symptoms -Women	Totalt antall treff = 82 155 <u>Avgrensninger:</u> - 2015-2020 - Academic journals - Females = 17 093 resultater	Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction	Lichtman et al. (2018)	Beskriver hvordan kvinner og menn opplever forskjellige symptomer ved hjerteinfarkt og hvordan pasientene møter helsepersonell.
Google Scholar Nurse recognize myocardial infarction in women	Totalt antall treff = 35 600 <u>Avgrensninger:</u> - 2015-2020 = 17 700	Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction	Lichtman et al. (2015)	Beskriver kvinners opplevelser av symptomer ved hjerteinfarkt. Gjør rede for unge kvinners behov for kunnskap om symptomer ved hjerteinfarkt og hvordan kvinner opplever møte med helsevesenet.
Google Scholar Women symptoms	Totalt antall treff = 5710 <u>Avgrensninger:</u> - 2015-2020	A qualitative study of symptom experiences of women with	Davis (2017)	Beskriver kvinners opplevelser av symptomer ved akutt koronarsykdom (STEMI, NSTEMI og

experiences STEMI and NSTEMI nursing	= 2570	acute coronary syndrome		UAP). De fleste kvinnene hadde STEMI.
Pubmed Women experiences myocardial infarction	Totalt antall treff = 114 <u>Avgrensinger:</u> - 5 years - Humans = 22 resultater	Women's experiences during myocardial infarctions: Systematic review and meta- ethnography	Madsen & Birkelund (2015)	Tar for seg kvinners opplevelse av hjerteinfarkt og beskriver symptomer hos kvinner ved hjerteinfarkt.

Vedlegg (2) Inklusjon- og eksklusjonskriterier som ble foretatt ved litteratursøk

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Kvinner - Hjerteinfarkt - Symptomer ved hjerteinfarkt 	<ul style="list-style-type: none"> - Menn - Barn - Artikler eldre enn 2015 (5 år)

Vedlegg (3): Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

A Qualitative Study of Symptom Experiences of women with Acute Coronary Syndrome
Forfatter: Davis (2017)

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [opdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

1) Hensikten med studien er å identifisere faktorer som påvirker kvinners evne til å gjenkjenne og foreta korrekt tolkning av symptomer ved akutt koronarsykdom.

2) Bakgrunnen for studien var tidligere forskning som viste at kvinner med symptomer på akutt koronarsykdom oppsøkte medisinsk hjelp på et senere tidspunkt enn menn. Videre hadde kvinner større sannsynlighet for å oppleve atypiske symptomer som ikke samsvarte med symptomene de forventet ved hjerteinfarkt. Kvinnene relaterte ikke symptomene til hjerte-kar-sykdom og handlet først når symptomene var svært uttalte.

3) Problemstilling, metode og funn samsvarer med hverandre i studien. Problemstillingen er relevant til min oppgave da den belyser kvinners opplevelser ved symptomer på akutt koronarsykdom. De fleste pasientene hadde STEMI.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kvalitativ metode er hensiktsmessig for studien da den har til hensikt å undersøke kvinners opplevelser og erfaringer ved akutt koronarsykdom.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Det ble foretatt dybdeintervju med deltakere ansikt til ansikt. Først fikk deltakere åpne spørsmål for å introdusere dem til temaet og deretter fikk de fortelle sine opplevelser og erfaringer. Det blir gjort rede for bakgrunn for valg av metode, metodeprosess samt analysering av data under metodekapittelet i studien. Studiens innhold er analysert. Studien har brukt allerede eksisterende forskning og teori som base for å videreutvikle og supplere med ny kunnskap rundt temaet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

1) Utvalget bestod av 18 kvinner i alderen 46-84 år. 8 deltakere hadde STEMI, 4 hadde NSTEMI og 6 hadde UAP.

2) Diagnosen ACS måtte foreligge, altså kvinner med STEMI, NSTEMI og UAP ble inkludert. I tillegg måtte kvinnene enten ha utslag på hjertemærker eller EKG-forandringer som ST-heving eller ST-depresjon.

3) Kvinner ble ekskludert dersom de var hemodynamisk ustabil, om de hadde gjennomgått kardiogent sjokk, redusert bevissthet, livstruende arytmi osv. Kvinner som ikke evnet å forstå eller snakke engelsk ble ekskludert. Det er ikke gjort rede for hvorfor hvor mange som ikke ønsket å delta eller årsaken.

4) Kvinner som møtte kriteriene nevnt under punkt 4.2 ble valgt.

5) Ja karakteristika ved utvalg er beskrevet under metodekapittelet i studien. Alder, etnisitet og sosioøkonomisk status ble vurdert. En tabelloversikt av kvinnenes sivilstatus, jobbstatus, inntekt, forsikringsforhold, kliniske variabler er inkludert i kapittelet under resultatkapittelet.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

1) 10 av 18 intervjuer ble foretatt på sykehuset og de resterende intervjuene ble foretatt i deltakernes hjem. Intervjuene ble gjennomført på sykehuset eller i deltakernes hjem innen to uker etter sykehusutskrivelse. Gjennomsnittstiden fra sykehusinnleggelse til intervju var fire dager. Årsakene til valg av setting er ikke begrunnet utover dette.

2 og 3) Dybdeintervju via ansikt til ansikt ble ansett som en styrke i studien fordi det gav innsikt i hvordan kvinnenes opplevelse av symptomene påvirket deres handlingsvalg. Kvinnene ble først spurt om åpne spørsmål for å introduseres til temaet og deretter beskrev kvinnene sine opplevelser. Det ble benyttet en intervjuguide som allerede var utviklet gjennom tidligere forskning.

4) Nei metoden ble ikke endret i løpet av studie.

5) Intervjuene varte omtrent en time og det ble brukt lydopptaker for å spille inn intervjuene.

6) Ja det ble foretatt intervjuer til forskerne hadde samlet inn tilstrekkelig data og det ikke ble funnet ny data som ga ytterligere innsikt.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Forskeren gjør kort rede for sin rolle. Imidlertid beskriver ikke studien ytterligere forskerens rolle knyttet til datainnsamling, utforming av problemstilling eller funn.

Opprinnelig skulle studien kun gjelde kvinner med NSTEMI og UAP. Imidlertid ble kvinner med STEMI også inkludert og det ble foretatt nærmere undersøkelser av deres opplevelse av symptomer.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Studien er godkjent av "The Institutional Review Board". Autorisasjon ble gitt for å få tilgang til medisinske opplysninger. Dersom en kvinne ble vurdert som en aktuell kandidat for undersøkelsen, fikk forskeren bekreftelse av en sykepleier at vedkommende var hemodynamisk stabil og smertefri før hun ble spurt om å delta. Under metodekapittelet er det vedlagt en tabelloversikt som beskriver forskerens fremgangsmåte for intervju.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

1) Innholdsanalyse. Studien bygger på en "grounded theory" studie som undersøkte kvinners tanker og erfaringer ved symptomer på ACS.

2) Datane ble analysert ved å omdanne de til koder. Innhold som ikke samsvarte med kodene ble brukt til å avgrense/utvide tidligere funn.

3) Kvinnene ble fordelt under 3 ulike kategorier, de som umiddelbart gjenkjente symptomene, langsomt utviklende symptomer som deretter forverret raskt og de som hadde utviklende, vage symptomer.

4) Data er oversiktlig presentert både i tabeller og i tekst. Datane underbygger funnene godt og bidrar til god innsikt i kvinners opplevelse og erfaringer av symptomer ved ACS. Drafter opp mot tidligere forskning og funn.

5) I liten grad. Nevner innledningsvis at kvinner i gjennomsnitt er eldre enn menn når de får ACS og at det kan ha betydning for hvorfor kvinner og menn opplever forskjellige symptomer ved ACS.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

1) American Heart Association blir nevnt i forhold til at noen av kvinnene som deltok i studien ventet lengre med å søke medisinsk hjelp enn det American Heart Association anbefaler. Videre kommer det frem at funnene i studien stemmer overens med tidligere funn i andre studier - nevner "Rosenfeld og kolleger" samt "O'Donnell og kolleger".

2) Ja, funnene blir diskutert og drøftet på en god måte. Funnene sier at kvinner opplever diffuse symptomer ved ACS at de derfor mistolker symptomene og venter lengre med å søke hjelp. Samtidig understrekes det at det er nødvendig med ytterligere forskning på dette området.

3) To kvalitative studier blir nevnt og viser de samme resultatene som denne studien, - se 9.1.

4) Ja

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Studien gir et godt innblikk i kvinners opplevelse og erfaringer med symptomer ved ACS. Den bygger på tidligere forskning samtidig som den bidrar med ny kunnskap rundt temaet. Studien påpeker at det er behov for videre forskning samt at kvinner har behov for kunnskap og informasjon angående symptomer på ACS. Kun fire av atten kvinner hadde en annen etnisitet og det kan derfor være vanskelig å overføre resultatene til de med annen kultur.

Vedlegg (4): Tabell 1. Symptomer på hjerteinfarkt hos kvinner.

Symptomer	Prosentandel
Brystsmerter	69 %
Smerte i arm og skulder	63 %
Besvimelse	61 %
Smerter i venstre arm	50 %
Svette	49 %
Kvalme	48 %
Svakhetsfølelse	47 %
Dyspné (tungpust)	46 %
Tretthet	44 %
Smerter i høyre arm	33 %
Smerter i venstre skulder	28 %
Fordøyelsesplager	28 %
Hjertebank	26 %
Nakkesmerter	23 %
Oppkast	22 %
Smerter i høyre skulder	20 %
Svimmelhet	18 %
Ryggsmerter	18 %
Magesmerter	15 %
Hodepine	13 %
Kjevesmerter	10 %
Smerter i øvre del av magen	10 %