



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 00:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	346
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7980
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	8
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen 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

# BACHELOROPPGÅVE

Det kvinnelege hjarteinfarkt – lær å lytt  
til hjartet ditt!

The female heart attack – learn how to  
listen to your heart!

**346**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

21.05.2021

## SAMANDRAG

**Tittel:** Det kvinnelege hjarteinfarkt – lær å lytt til hjartet ditt!

**Bakgrunn:** iskemisk hjartesyjukdom er fortsett blant dei sjukdomane som tek flest liv på nasjonalt nivå trass i stadig betring av førebygging og behandling, og særleg ser ein utfordringar knytt til behandling av kvinner. Symptoma hos kvinner er i større grad diffuse og varierte i presentasjon og varigheit, noko som igjen kan føre til forseinking i behandling.

**Problemstilling:** kva påverkar kvinner sin vurderingsprosess når dei skal oppsøke helsehjelp ved symptom på iskemisk hjartesyjukdom, og korleis kan sjukepleiarar styrke denne prosessen?

**Formål:** formålet med oppgåva er å utforske erfaringane til kvinner som har gjennomgått eit eller fleire hjarteinfarkt og undersøke korleis sjukepleiaren bør gå fram for å opplyse og styrke empowerment hos desse kvinnene.

**Metode:** eg har i denne litteraturstudien samla og analysert data som er systematisk innhenta frå validerte databasar.

**Resultat:** kvinnene brukte tid, energi og ressursar på å tolke symptoma sine. Studiane fann konfliktar mellom den potensielle trusselen av eit hjarteinfarkt og ansvaret kvinnene hadde i dagleglivet. Ei rekke komplekse sosiale faktorar førte til at kvinnene utsette å oppsøke helsehjelp. Negative holdningar hos helsepersonell og ei frykt for å vere til bry bidrog til ei forseinking av behandling.

**Konklusjon:** det er naudsynt med eit kunnskapsløft blant kvinner, men informasjon om symptom er sannsynlegvis ikkje løysinga aleine. Vurderingsprosessen til kvinna er påverka av komplekse sosiale faktorar og det er viktig å sikre formidling av riktig handlingsmåte. Det er naudsynt med ytterlegare kjønnsespesifikk forskning og sikring av inklusjon av kvinner i forskning.

## **ABSTRACT**

**Title:** The female heart attack – learn how to listen to your heart!

**Background:** ischemic heart disease is still among the health issues that claim the most lives on a national level despite improvement of prevention and treatment, and the treatment of women is especially challenging. The female symptomatology is more diffuse and varies greatly in presentation and duration, which in turn may lead to delayed treatment.

**Research question:** what influences the assessment process of women when seeking health care for symptoms of ischemic heart disease, and how can nurses strengthen this process?

**Aim:** the aim of this study is to explore the experiences of women who have undergone one or several heart attacks and research how nurses should go about to inform and strengthen empowerment in these women.

**Method:** in this scientific literary study, I've gathered and analyzed data which has been obtained systematically from validated databases.

**Result:** the women spent time, energy, and resources on interpreting their symptoms. The studies found conflicts between the potential threat of a heart attack and the responsibility the women had in their daily lives. Multiple complex social factors led the women to postponing seeking health care. Negative attitudes in health care professionals and fear of being an inconvenience contributed to delayed treatment.

**Conclusion:** it is imperative to ensure knowledge among women, but information is not likely the solution in entirety. The women's assessment process is influenced by complex social factors and it is important to ensure dissemination of the proper course of action. Further gender specific research is necessary in addition to securing the inclusion of women in research.

<b>1.0 INNLEIING</b>	<b>1</b>
<b>1.1 INTRODUKSJON TIL TEMA</b>	<b>1</b>
<b>1.2 BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA</b>	<b>2</b>
<b>1.3 TIDLEGARE FORSKING</b>	<b>2</b>
<b>1.4 PROBLEMSTILLING</b>	<b>2</b>
<b>1.5 AVGRENSING</b>	<b>2</b>
<b>2.0 TEORI</b>	<b>3</b>
<b>2.1. ISKEMISK HJARTESJUKDOM</b>	<b>3</b>
<b>2.2 SYMPTOMATOLOGI</b>	<b>3</b>
<b>2.3 BRUKARMEDVERKNAD</b>	<b>4</b>
<b>2.4 EMPOWERMENT</b>	<b>5</b>
<b>2.5 USIKKERHEIT I FORBINDELSE MED SJUKDOM</b>	<b>5</b>
<b>2.6 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS</b>	<b>6</b>
<b>3.0 METODE</b>	<b>6</b>
<b>3.1 STUDIEDESIGN</b>	<b>6</b>
<b>3.2 KRITERIER FOR INKLUSJON-OG EKSKLUSJON</b>	<b>7</b>
<b>3.3 SØKEPROSESS</b>	<b>8</b>
<b>3.4 KVALITETSVURDERING</b>	<b>8</b>
<b>3.5 METODEKRITIKK</b>	<b>9</b>
<b>3.6 ETISK VURDERING</b>	<b>9</b>
<b>3.7 ANALYSE</b>	<b>10</b>
<b>4.0 RESULTAT</b>	<b>10</b>
<b>4.1 FORHOLD HOS KVINNENE</b>	<b>10</b>
<i>4.1.1 TOLKING AV ÅRSAKA</i>	<i>10</i>
<i>4.1.2 ANSVAR, KONTROLL OG OPPGÅVER I DAGLEGLIVET</i>	<i>11</i>
<i>4.1.3 DEN HJELPESØKANDE PROSESSEN</i>	<i>12</i>
<b>4.2 MØTET MED HELSEPERSONELL</b>	<b>13</b>
<i>4.2.1 BARRIERAR OG HOLDNINGAR</i>	<i>13</i>
<i>4.2.2 ANBEFALINGAR TIL UNDERVISANDE OG RÅDGJEVANDE TILTAK</i>	<i>14</i>
<b>5.0 DISKUSJON</b>	<b>14</b>
<b>5.1 RELIABILITET OG VALIDITET</b>	<b>14</b>
<b>5.2 RESULTATDISKUSJON</b>	<b>15</b>
<i>5.2.1 FORSTÅING FOR EIN KOMPLEKS SOSIAL KONTEKST</i>	<i>15</i>
<i>5.2.2 USIKKERHEIT I FORBINDELSE MED SJUKDOM</i>	<i>17</i>
<i>5.2.3 UNDERVISNING OG RETTLEIING</i>	<i>18</i>
<i>5.2.4 BRUKARMEDVERKNAD</i>	<i>19</i>
<b>6.0 KONKLUSJON</b>	<b>20</b>

**7.0 REFERANSELISTE** **22**

---

**8.0 VEDLEGG** **26**

---

**VEDLEGG 1: PICO** **26****VEDLEGG 2: SØKEHISTORIKK** **29****VEDLEGG 3: PRISMA-FLYTSKJEMA** **30****VEDLEGG 4: DØME PÅ KRITISK VURDERING AV ARTIKKEL** **31****VEDLEGG 5: LITTERATURMATRISE** **34**

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Introduksjon til tema

I 2018 vart 13 209 pasientar behandla for akutt hjarteinfarkt i norske sjukehus. 36 % av alle som fekk hjarteinfarkt i 2018 var kvinner (FHI, 2019). Trass i betring av behandling og eit nasjonalt fokus på førebygging av risikofaktorar slik som røyking, diabetes og hypertensjon, er iskemisk hjartesyjukdom fortsett blant dei sjukdomane som tek flest liv nasjonalt (Løchen & Gerds, 2015, s. 11; FHI.no, 2020). Parallelt med betre førebygging og behandling har forskingsbasert kunnskap tvunge fram eit krav om bevisstgjerjing på kjønnskilnadar. Det viser seg at kvinner har andre risikofaktorar, symptom, prognose og behov for annan behandling enn menn (Løchen & Gerds, 2015, s. 11; Lønnebakken, 2013, s. 45). Symptom er dei subjektive opplevingane som pasienten skildrar og er med på å forme ei forståing av den aktuelle tilstanden (Faiz, 2018). Symptom er dermed essensielt for at helsepersonell og pasienten sjølv skal mistenke iskemisk hjartesyjukdom. Hos kvinner viser symptoma seg i større grad som varierte og diffuse plagar, med atypiske akutte symptom og lite spesifikke varselsymptom. Dette gjer det vanskeleg å identifisere tilstanden som angina pectoris eller hjarteinfarkt, og fører til at kvinner sjølv undervurderer alvorlet i situasjonen. Berre 60 % av kvinner opplev det mest kjente symptombilete med sterke retrosternale brystmerter med utstråling til arm eller skulder (Løchen & Gerds, 2015, s. 91).

Dette temaet er sjukepleiefagleg relevant på den måten at sjukepleiaren står i ein særskilt posisjon for styrking av kvinna sin kontroll over eiga helse. Helsefremjing, førebygging, undervisning og rettleiing er eit utval av sjukepleiaren sine grunnleggande funksjons- og ansvarsområder (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011, s. 17). Som sjukepleiar skal ein bidra til at pasienten opplev meistring og får dekt sitt informasjonsbehov, slik at vedkommande kan medverke og ta ansvar for eiga helse (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, 3-2; Tveiten, 2016, s. 24; Molven, 2012, s. 157). Samhandlingsreforma vektlegg styrking av pasientrolla og at ein som helsepersonell skal legge til rette for at pasienten kan ta helsefremjande val (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Opplæring av pasienten er integrert i spesialisthelsetenestelova og er ei sentral sjukepleiaroppgåve (Tveiten, 2016, s. 25). Rett på informasjon er ikkje avhengig av at pasienten etterspør den, men at vi som helsepersonell formidlar den utan oppmoding når behovet viser seg (Molven, 2012, s. 160).



## 1.2 Bakgrunn for val av tema

I mitt første år på sjukepleiestudiet kom eg over eit avsnitt i boka *Sykdom og behandling* der det sto følgende:

Kvinner har ofte mindre karakteristiske symptomer. Hos mange kvinner med iskemi har symptomene mer preg av magesmerter, tung pust (dyspné) og generell utmattethet. Også viktige tegn på iskemi, som EKG-forandringer, er mindre tydelige hos kvinner enn hos menn. Vi vet ikke hvorfor det er slik. Konsekvensene er at kvinner ofte får behandling senere enn menn, og at hjertesykdommen ofte har utviklet seg lenger når den først behandles (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 171).

Dette synes eg var ei svært interessant problemstilling og eg undra meg over om denne kunnskapen var kjent hos helsepersonell flest, og spesielt om den var kjent for den allmenne befolkninga. Med denne litteraturstudien ønsker eg å auke bevisstheita rundt temaet blant sjukepleiarstudentar, sjukepleiarar og anna helsepersonell, og undersøke kva faktumet over har å seie for dei dette rammar hardest, nemleg kvinner.

## 1.3 Tidlegare forskning

NOU 1999: 13 stadfesta kvinna sin særeigne anatomi og biologi som ein del av deira utredning av kvinnehelsa i Noreg. Det er 20 år sidan denne utredninga skreiv at «kvinner opplever andre symptomer enn menn» (s. 3). *Hva vet vi om kvinners helse?* poengterer at det fortsatt eksisterer «store kunnskapshull og manglende oppmerksomhet på flere områder innenfor kvinnehelse», deriblant hjarte- og karsjukdom (Rødland, 2018, s. 3, 6, 9). Forsking på hjarteinfarkt dei siste 10 åra viser at ein bør drive målretta undervisning og åtferdsorienterte intervensjonar for kvinner, og at det er naudsynt med effektive strategiar som tek sikte på auke kunnskapen i befolkninga (Davis, 2017; Gallagher, Marshall & Fisher, 2010).

## 1.4 Problemstilling

*Kva påverkar kvinner sin vurderingsprosess når dei skal oppsøke helsehjelp ved symptom på iskemisk hjertesjukdom, og korleis kan sjukepleiarar styrke denne prosessen?*

## 1.5 Avgrensing

Eg ønskte å undersøke kva forhold som påverkar kvinner som gjennomgår iskemisk hjertesjukdom då dette kan belyse årsaksforholda rundt kvifor kvinner i større grad enn menn døyr av hjarteinfarkt, kjem seinare til behandling og kvaliteten av behandlinga er dårlegare enn hos menn (Løchen & Gerds, 2015, s. 86-100). Formålet med oppgåva er å utforske erfaringane

til kvinner som har gjennomgått eit eller fleire hjarteinfarkt og undersøke korleis sjukepleiaren bør gå fram for å opplyse og styrke empowerment hos desse kvinnene.

## 2.0 Teori

### 2.1. Iskemisk hjartesyjukdom

Angina pectoris og hjarteinfarkt er dei tilstandane som utgjer omgrepet iskemisk hjartesyjukdom. Dei er kjenneteikna av redusert eller stans i perfusjon til myokard som følge av stenose eller okklusjon av coronararteriane. Iskemisk sjukdom oppstår på grunn av aterosklerose i arterieveggane eller arterielle trombosar, men kan også komme av spasmer eller fibrose (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 167). Hos heile 50 % av kvinner med iskemisk hjartesyjukdom kjem tilstanden av andre årsakar enn aterosklerose eller tromber, slik som mikrovaskulær sjukdom, endoteldysfunksjon, karspasmer og hypertensiv hjartesyjukdom (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016, s. 231). Ein skil mellom myokardinfarkt med og utan ST-elevasjon, altså STEMI og NSTEMI. Førstnemnte er den typen hjarteinfarkt som oppstår ved fullstendig okklusjon av coronararterier og det oppstår iskemi transmuralt i det området som er forsynt av den affiserte coronararterien (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 168).

Stenose eller okklusjon blir i dag påvist ved koronar angiografi, men det viser seg at heile 20 % av kvinner med akutt hjarteinfarkt ikkje får påvist stenoser ved denne diagnostikkmetoden. Desse kvinnene har ofte aterosklerotiske endringar i arterieveggen som har blitt vurdert som av lite relevans for tilstrekkeleg perfusjon i arterien. Dette blir kalla non-obstruktiv iskemisk hjartesyjukdom og er vanlegare hos kvinner enn menn. Blant pasientar med hjarteinfarkt utløyst av denne typen hjartesyjukdom har kvinner dårlegare prognose enn menn (Løchen & Gerds, 2015, s. 86-87). Metodane for diagnostikk og behandling er altså best tilpassa og mest effektivt for menn. Dette kan resultere i at kvinner opplever ei forseinking i behandling og at resultatet av behandlinga blir dårlegare enn hos menn (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016, s. 231). Eg kjem i hovudsak til å bruke omgrepet hjarteinfarkt vidare i oppgåva.

### 2.2 Symptomatologi

Typiske teikn på hjarteinfarkt er smerter, akutt hjartesyvikt og arytmi, og varierer alt etter grad av stenose, grad av iskemi og forhold mellom tilførsel og behov av oksygen. Symptom er det pasienten opplever av ubehag og er typisk retrosternale smerter med klemmande eller

pressande kvalitet som ofte strålar opp i hals, kjeve og/eller ut i armane. Smertene ved hjarteinfarkt er intense og varar over tid, i kvile og trass i administrering av glyseroltrinitrat. Slike smerter utløyser ofte kvalme og oppkast, og pasienten er typisk klam og bleik (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 170). Dette klassiske symptombilete oppstår hos omtrent 70 % av mannlege pasientar med akutt hjarteinfarkt samanlikna med 60 % av kvinner. Kvinner opplev atypiske smerter i større grad enn menn, og då i form av lite spesifikk verk i rygg, nakke, kjeve, armar eller diaphragma. Kvinner rapporterer oftare diffuse plagar som utan vidare undersøking er vanskeleg å identifisere som symptom på hjarteinfarkt, slik som dyspné, kaldsveitte, svimmelheit eller dyspepsi. Heile 61 % rapporterer synkope, 47 % rapporterer ei kjensle av svakheit og 44 % rapporterer trøyttleik (Løchen & Gerds, 2015, s. 90-91).

Eit prodrom er eit tidleg symptom eller teikn på sjukdom som enda ikkje har oppstått (Koht, 2019). Varselsymptom kan oppstå i vekene før sjølve hjarteinfarkt inntreff og kvinner har rapportert at dei har vore trøyttle, uvel, kvalme og hatt problem med søvn og fordøying. Det kan då vere lett å mistolke symptoma som plagar frå andre organsystem, noko kvinner har større tendensar til. Forseinking i tid før kvinner tek kontakt med medisinsk hjelp kan også til dels forklarast med at «kvinner kan tåle smerter bedre enn menn, og at de har høyere terskel for å rapportere symptomer vidare til sin ektefelle, kolleger eller til legen» (Løchen & Gerds, 2015, s. 91). Ein ser at fagbøkene i større grad enn tidlegare inkluderer informasjon om korleis hjartesjukdom hos kvinner skil seg frå menn og dette gir helsepersonell moglegheita til å bli bevisste over korleis symptombilete hos kvinna kan utarte seg. Med tanke på at om lag 40 % av norske kvinner døyr av hjartesjukdom og at kvinner i større grad undervurderer eller ikkje greier å identifisere desse diffuse symptoma, er det fortsett ein jobb å gjere for å bevisstgjere kvinnelege pasientar på eit atypisk symptombilete (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016, s. 229).

### 2.3 Brukarmedverknad

Symptom er individuelle og subjektive, og spelar ei viktig rolle for at kvinna skal identifisere kroppslege signal som teikn på at noko ikkje stemmer (Faiz, 2018). Helsevesenet er lovpålagt å inkludere brukarmedverknad i sine tenester, då det er nedfelt i pasient-og brukarrettighetsloven, helseforetaksloven og interkontrollforskriften (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 318). Vektlegging av brukarmedverknad og empowerment i dagens helsevesen har som formål å fremje synet på pasienten som ein kompetent brukar med størst

mogleg grad av kontroll over eige liv. Som helsepersonell kan ein auke kunnskapar og ferdigheiter hos kvinna med mål om å styrke ei oppleving av meistring og innflytelse på eiga helse (Ingstad, 2013, s. 147). Altså må ein møte kvinna som ein kompetent samarbeidspartnar når ho oppsøk hjelp for sine helseproblem og bekymringar.

## 2.4 Empowerment

Empowerment er ein prosess som synleggjer og styrkar moglegheitene pasienten har til å møte eigne behov, løyse problem og mobilisere ressursar. Å oppleve hjarteinfarkt er ein trussel mot pasienten si oppleving av kontroll og ved å ta i bruk denne prosessen kan ein fremje hennar medverknad. Ein tenker då på kvinna som ein likeverdig partnar i det helsefremjande og førebyggjande arbeidet. Dette arbeidet går ut på å identifisere potensielle og reelle problem på eit førebyggjande nivå medan helsefremjande tiltak er retta mot helse, velvære og livskvalitet. Ein ønsker altså å oppdage og førebygge hjarteinfarkt hos utsette kvinner, og sikre at pasientgruppa opplev tilfredsheit med sitt tilvære og meistring av kvardagen. Meistring er eit resultat av tilgang på ressursar, kunnskap og ferdigheiter, samt evne til å nytte seg av ressursane. Behov for meistring oppstår «når personen utsettes for belastningar, for eksempel ved sykdom». Når sjukdom oppstår er det dermed viktig at kvinna kan identifisere problemet og meistring kan redusere ei oppleving av usikkerheit i denne prosessen (Kristoffersen et.al, 2011, s. 18, 268; Tveiten, 2016, s. 18, 29, 32).

Rettleiing blir brukt innan empowerment som eit verkemiddel for tilrettelegging av kontroll over eige liv. Ein overfører kunnskap og makt frå det profesjonelle til brukaren ved å til dømes undervise i tidleg oppdaging av symptom, men brukaren er sjølv ansvarleg for å ta i bruk informasjonen. Som sjukepleiarar skal ein sørge for eit kunnskapsgrunnlag som kvinna kan ta val ut ifrå. Formålet med undervisninga er å formidle kunnskap som kan bidra til å styrke meistringskompetansen til kvinna slik at ho kan identifisere og vurdere sine symptom så raskt som mogleg og søke hjelp (Tveiten, 2016, s. 90, 145).

## 2.5 Usikkerheit i forbindelse med sjukdom

Ved hjarteinfarkt vil det vere naturleg at kvinna opplev angst og utryggleik då det er ein akutt tilstand som verkar truande på kvinna sitt liv og hennar helse (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016, s. 245). Merle Mishel sin *uncertainty in illness*-teori fortel oss at usikkerheit oppstår når pasienten manglar forståing for symptom og hendingar innanfor ein sjukdom. Når usikkerheita

helde fram over tid vil det oppstå mangel på balanse og stabilitet i pasienten sitt tilvære. Mishel påpeikar at kvinna si vurdering av situasjonen vil bli påverka av stimuliramma, kognitiv kapasitet og strukturfremjarar. Symptommønster, gjenkjenning av hendingar og samsvar mellom hendingar utgjer stimuliramma. Situasjonen sitt alvor i tillegg til uforståelege, uføresette og tvitydige symptom kan bidra til ei oppleving av usikkerheit. Mishel løftar fram truverdige autoriteter som strukturfremjarar som kan styrke personen si evne til å danne seg kognitive strukturar i situasjonen (Kristoffersen et.al, 2011, s. 266-268).

## 2.6 Kunnskapsbasert praksis

Utøving av sjukepleie skal vere basert på forskning, erfaring og brukarkunnskap. Det vil seie at ein skal ta faglege avgjersler basert på vitenskap, kritisk refleksjon og pasientane sine ønsker og behov (Kristoffersen et.al, 2011, 166-167; Tveiten, 2016, s. 52). Sjukepleiaren skal halde seg oppdatert på forskning og integrere denne i si utøving av sjukepleie (NSF, u.å). Kjønnsspesifikke skilnadar ved iskemisk hjartesykje er eit relativt nytt forskingsområde og kvalitetsutvikling i sjukepleie føreset at brukaren blir involvert, slik det er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer. Dette omfattar også å «ta pasientens symptomer og beskrivelser av plager og symptomer på alvor» (Kristoffersen et.al, 2011, s. 349-350).

## 3.0 Metode

### 3.1 Studiedesign

Ein litteraturstudie samlar og systematiserer sekundærdata frå skriftlege kjelder, for så å kritisk vurdere og samanfatte den. I ein slik studie må ein setje seg inn i metodikk brukt i dei vitenskaplege artiklane, altså den systematiske framgangsmåten forfattarane har brukt for å samle informasjon og kunnskap om si problemstilling. Formålet er å presentere kunnskap på ein påliteleg måte. Dette gjer ein ved å vise til ein transparent studieprosess slik at kunnskapen blir mogleg å etterprøve (Thidemann, 2019, s. 74-78). I dette kapitlet skal eg skildre korleis eg har gått fram for å finne vitenskaplege artiklar som belyser mi problemstilling og presentere min utvalsprosess.

I min søkeprosess såg eg etter studiar som kunne svare på kva forhold som verka inn på kvinner sin vurderingsprosess når dei gjennomgår eit hjarteinfarkt, i tillegg til sjukepleiefaglege tiltak. Kvantitative studiar har ein naturvitenskapleg kunnskapstradisjon og brukar eksakt

faktakunnskap med utgangspunkt i objektive data. Eg fann fleire prevalensstudiar som brukte slike data for å vurdere kva kunnskapar kvinner hadde om tilstanden og kva som påverka kvinnene når dei skulle søke helsehjelp. Denne typen studiar ønsker ideelt å generalisere resultatet, noko som viste seg å vere utfordrande i fleire studiar grunna små populasjonsutval og lite variasjon i demografiske faktorar. Dette er omtalt i diskusjonskapittelet. Kvalitativ forskning har ein humanvitskapleg tilnærming og dei fleste inkluderte studiane brukar grounded theory. Denne forskingsmetoden ønsker å finne samanhengar i eit større perspektiv med bakgrunn i opplevingar, erfaringar og holdningar. Eg valde å inkludere begge former for forskingsmetode då problemstillinga mi kan svarast på både med erfaringssøkjande intervju og store studiar basert på spørjeskjema. I tillegg vil ein kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode vil kunne styrke resultatet sin gyldigheit (Thidemann, 2019, s. 75-76).

### 3.2 Kriterier for inklusjon-og eksklusjon

Artiklane måtte oppfylle mine kriterier for inklusjon før dei kunne bli vurdert som av relevans. Forfatarane måtte ha brukt ein oversiktleg strukturform, helst IMRaD-struktur, då dette gir rask innsikt i artikkelen sin relevans (Thidemann, 2019, s. 30; Dalland, 2012, s. 79-80). Vidare måtte artiklane vere fagfellevurdert, altså at eit utkast av artikkelen var blitt sendt til minst to andre forskarar innan same fagfelt for kvalitetsvurdering. Dette for å styrke artikkelen sin reliabilitet (Busch, 2013, s. 79; Dalland, 2012, s. 78).

Artiklane måtte vere publisert mellom 2012-2021, skriven på engelsk eller norsk, populasjonen skulle vere kvinner over 18 år og artiklane skulle vere publisert i eit vitenskapleg tidsskrift (Thidemann, 2019, s. 90; Dalland, 2012, s. 69-72). Perspektivet til menn og pårørande var ikkje av interesse i denne studien og vart ekskludert. Likevel var det fleire artiklar som belyste forhold hos både kvinner og menn, og nokre av desse vart inkludert for å belyse kjønnskildadar. Artiklar publisert for meir enn åtte år sidan vart ekskludert, då eg ønskte så oppdatert kunnskap som mogleg. Artiklar som tok føre seg andre hjarteskjukdomar enn iskemisk hjarteskjukdom vart ekskludert, medan tilstanden acute coronary syndrome vart inkludert som ein del av sjukdomsbilete ved iskemisk hjarteskjukdom. Ved seleksjon av relevante artiklar ønskte eg å inkludere artiklar frå vestlege land med eit helsevesen som kunne samanliknast med Noreg, og aller helst frå europeiske land med ein kultur og tradisjon for helsetenester som i Noreg (Dalland, 2012, s. 72). Fire artiklar frå USA har blitt inkludert då desse artiklane innehaldt relevante funn.

### 3.3 Søkeprosess

Eg har søkt i databasane PubMed, Cinahl og Embase. Pubmed inneheld biomedisinsk og biovitenskapleg litteratur med helsefremjande formål. Cinahl er spesielt tilpassa sjukepleiefagleg forskning og var særleg relevant for denne oppgåva då den inneheld kvalitativ forskning. Embase inneheld litteratur med vesteuropeisk dominans, noko som var gunstig då eg ønskte å finne data som har blitt innhenta i tilnærma like omstende som i Noreg (Helsebiblioteket, u.å-a; Helsebiblioteket, 2007). Søkeorda er sett inn i eit utvida PICO-skjema med oversikt over kva søkeord som er brukt i dei ulike databasane (vedlegg 1). PICO er eit verktøy som blir brukt for å tydeleggjere og presisere ei problemstilling (Helsebiblioteket, 2016b).

Eg har brukt MeSH-ordboka via Helsebiblioteket, som er eit verktøy brukt for å gi ei forståing av medisinske og helsefaglege omgrep på norsk og engelsk. Eg brukte det til å finne engelske erstatningsord for følgande omgrep: kvinner, hjarteinfarkt, symptom, kunnskap og symptomgjenkjenning. Søkeorda er brukt enkeltvis og i kombinasjon, og vedlagt søkehistorikk illustrerer framgangsmåten (vedlegg 2). Ved søk i databasar har eg brukt dei boolske operatørane AND og OR. Eg valde å ikkje bruke NOT, då det lett kan utelate relevante treff. Eg har også valt å bruke trunkering i mine søk i Cinahl, altså søkte eg på stammen av eit ord for å få med både eintal- og fleirtals former (Thidemann, 2019, s. 86-87). I Cinahl brukte eg eit større utval av søkeord og kombinasjonen av søkeord vart delt inn i tre ledd: populasjon, kontekst og interesse. Dette resulterte i eit overkommeleg antall relevante artiklar. I Pubmed og Embase viste det seg at denne strategien var ei ulempe, då det resulterte i eit stort antall treff og eit fåtall av relevante artiklar. Eg endra då strategi og plukka ut fem søkeord: women, female, myocardial infarction, symptom recognition og knowledge. Ein kombinasjon av tre eller fire søkeord vart brukt i kvart søk. Vedlagt PRISMA 2009 flytskjema viser min inkluderingsprosess (vedlegg 3).

### 3.4 Kvalitetsvurdering

Ved val av relevante artiklar skumleste eg tittel og abstract. Dersom artikkane viste seg å vere relevante for mi problemstilling, leste eg gjennom dei med eit kritisk og reflektert blikk. For kritisk vurdering av artikkane har eg brukt sjekklister frå Helsebiblioteket og CASP verktøy via Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016a; Thidemann, 2019, s. 92). Eit døme på ein kritisk vurdert kvalitativ studie er vedlagt (vedlegg 4). Sjekklistene er meint som pedagogiske verktøy til bruk for kritisk vurdering av artiklar og assisterte meg ved vurdering av validitet, reliabilitet,

utval og metode for innsamling av data. Validitet, eller gyldighet, vil seie at artiklane er relevante for problemstillinga. Reliabilitet, eller pålitelegheit, betyr at artiklane er tilstrekkeleg sanne og korrekte (Busch, 2013, s. 61-62; Dalland, 2012, s. 74-75).

### 3.5 Metodekritikk

Metodekvaliteten i denne litteraturstudien må sjåast i samanheng med min mangel på erfaring med å søke etter, vurdere og nytte meg av forskning. Min søkekompetanse og val av søkeord kan ha ført til at resultatsyntesa er basert på ei meir avgrensa mengde datamateriale av dårlegare kvalitet enn dersom eg hadde meir kompetanse innan dette feltet. Eg har brukt ulike søkeord i ulike databasar og tilpassa søkemetode etter databasane, i tillegg til at eg har utført for få søk til å kunne gjere ein fullstendig forskingsbasert, overførbar konklusjon. Informasjon kan ha gått tapt under omsetting av engelsk til norsk då kvaliteten på den omsette informasjonen var avhengig av mi evne til finne passande norske erstatningsord (Dalland, 2012, s. 66, 72-73)

### 3.6 Etisk vurdering

Forskning er basert på og utført av menneske med individuelle erfaringar, verdiar og holdningar. På grunn av dette er det vanskeleg å leggje vekk subjektive tolkingar når ein skal anvende forskning. Det vil ikkje vere mogleg å vere fullstendig objektiv når ein driv med forskning, men ein må vere bevisst på denne samanhengen (Larsen, 2017, s. 14, 16). Gjennom ein transparent metode som er mogleg å etterprøve, har eg forsøkt å gjere det lettare vurdere i kva grad mine holdningar og verdiar har farga litteraturstudien. Som ein del av det forskningsetiske omsynet har eg aktivt vist til opphavet til informasjonen eg har oppgitt i denne litteraturstudien og legg ved ei erklæring for sjølvstendig utarbeiding av oppgåva. Tekniske retningslinjer for oppgåveskriving som oppgitt av Høgskulen på Vestlandet er følgt.

Etikk innan forskning handlar om prinsipp, reglar og retningslinjer som skal sikre at framgangsmåten til forskinga er moralsk forsvarleg. Ved vurdering av etiske omsyn såg eg på om deltakarane var informert om studien, om studien tok omsyn til personvern, anonymitet og samtykke, og om studien hadde blitt godkjent av ein etiske komité eller følgde godkjente retningslinjer. Vidare såg eg på om studiane behandla opplysningane konfidensielt og om dei hadde sørga for å hindre uheldige konsekvensar av å delta i forskinga (Larsen, 2017, s. 15; Ruyter, 2003, s. 11; Dalland, 2012, s. 100, 102-107). Etiske omsyn er omtalt i vedlagt litteraturmatrise (vedlegg 5). Dei nasjonale forskningsetiske komiteane stadfestar at begge kjønn



må inkluderas i medisinsk forskning for at resultatene kan vurderes spesifikt for hver av kjønnene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Eg har valt å inkludere kjønnsespesifikk forskning trass i dette då oppgåva mi har eit kjønnsespesifikt perspektiv med formål om å auka forståinga for forhold som påverkar kvinner når dei skal vurdere om og når dei skal søke helsehjelp for symptom på hjarteinfarkt.

### 3.7 Analyse

Ei analyse er ei gransking og tolking av innhaldet i teksten. Ein samlar formål, problemstilling og forskings spørsmål i dei artikkane ein har valt ut for å finne gjennomgåande hovudtema. Eg leste artikkane i digitalt format og deretter i papirformat. På papirformatet markerte eg av relevante element med markeringstusj. Artikkane vart sett inn i ei litteraturmatrise (vedlegg 5). Eg har brukt Aveyard sin tematiske analysemodell som skildra i Thidemann, då denne er anbefalt til dei med lite erfaring med analyser av datamateriale. Eg leita etter tema som gjekk igjen i dei ulike studiane og utarbeida tentative tematiske overskrifter. Resultatet frå dei ulike studiane vart samla under desse overskriftene, som eg tilpassa etterkvart (Thidemann, 2019, s. 92, 96-99). Eg kvalitetsvurderte studiane med sjekklister, og vurderte styrker og svakheiter. Medan eg samla inn resultatet frå artikkane hadde eg problemstillinga i bakhovudet og fokuserte på dei temaa som i størst grad kunne svare på denne.

## 4.0 Resultat

Resultatet frå dei ulike studiane er presentert under tematiske overskrifter medan kvar studie er individuelt presentert i vedlagt litteraturmatrise (vedlegg 5). Kvantitative studiar er kritisk vurdert med Helsebiblioteket si sjekklister for prevalensstudiar medan kvalitative studiar er vurdert med ei sjekklister utvikla av Critical Appraisal Skills Programme (Helsebiblioteket, 2016a; Helsebiblioteket, u.å-b).

### 4.1 Forhold hos kvinnene

#### 4.1.1 Tolking av årsaka

Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä og Falk (2015) fann at kvinnene tolka symptoma etter korleis desse påverka dei i dagleglivet. Dersom symptoma var diffuse vart dei oppfatta som harmlause og kvinnene skylda på tidlegare diagnosar som gastritt eller KOLS. Lichtman, Leifheit-Limson, Watanabe, Allen, Garavalia, Garavalia, Spertus, Krumholz, & Curry (2015) fann at

symptoma ikkje stemte med kvinnene sine forventningar, som gjerne var basert på korleis hjarteinfarkt hadde blitt portrettert av media, skildra som «Hollywood-infarkt». I sistnemnte studie vurderte kvinnene i liten grad hjartesjukdom som ein potensiell underliggande årsak til symptom som muskelsmerter, dyspepsi og fatigue. Ung alder eller bekymring for kronisk sjukdom gjorde også at kvinnene ikkje vurderte opphavet til symptoma som kardiologisk. Jackson og McCulloch (2014) samt Lawesson, Isaksson, Thylén, Ericsson, Ängerud og Swahn (2018) såg også at kvinnene hadde problem med å identifisere symptoma sine som av kardiologisk opphav. Tre av studiane fann at deltakarane hadde problem med å skilje symptom på hjerneslag frå symptom på hjarteinfarkt (Albarqouni, Smenes, Meinertz, Schunkert, Fang & Ronel, 2016; Banharak, Zaharli & Matsuo, 2018; Jackson & McCulloch, 2014).

Kvinnene i studien til Davis, Mishel, Moser, Esposito, Lynn og Schwartz (2013) gjekk gjennom sosiale prosessar som gjekk ut på å legge merke til og kjenne igjen symptom, tolke desse og danne eit mønster. Kvinnene i studien til Lichtman et.al (2015) rapporterte eit mangfald av prodromale symptom som varierte i varigheit og presentasjon, både spesifikke symptom som smerter i brystet, nakken og kjeven, og diffuse symptom som sveitning, angst og svimmelheit. Somme opplevde akutte symptom medan andre opplevde subtile symptom som utvikla seg over dagar, veker og månadar. Davis et.al (2013) såg at kvinnene med gravis utviklande hjarteinfarkt opplevde usikkerheit fordi symptoma strakk seg over lengre periodar.

#### *4.1.2 Ansvar, kontroll og oppgåver i dagleglivet*

Gyberg et.al (2015) fann at kvinnene synes det var vanskeleg å foreine eit bilete av seg sjølv som ein uavhengig person med førestillinga av å vere pasient. Så lenge symptoma var handterlige var det mogleg for dei å vente og håpe at det gjekk over. Dagleglivet vart utfordrande når symptoma auka i intensitet, særleg på grunn av konflikt mellom ansvaret kvinnene hadde for daglege oppgåver og den potensielle trusselen av kva symptoma kom av. Lichtman et.al (2015) samt Jackson og McCulloch (2014) fann at kvinnene tok fleire omsyn når dei vurderte symptoma sine og forsøkte å bestemme når og korleis dei skulle reagere. Årsaken til at dei utsette å søke helsehjelp var ei rekke komplekse faktorar som ikkje berre var relatert til personleg helse, men til ansvar for familie og arbeid. Lichtman et.al (2015) viste til at kvinnene bekymra seg for korleis familiemedlem ville reagere på endringar i deira helsestatus. Kvinnene rapporterte at dei føretrekte eigenomsorg, og at jobb og familie kravde å bli prioritert. Kvinnene i studiane til Lichtman et.al (2015), Jackson og McCulloch (2014) og

Davis et.al (2014) uttrykte angst for å vere til bry for andre og å bli sett på som ein som klaga for ubetydelege bekymringar.

Davis et.al (2013) fann at kvinnene med gradvis utviklande hjarteinfarkt fortsette livet som vanleg dersom dei ikkje greidde å tolke symptoma sine. Kvinnene med akutt innsettande hjarteinfarkt var sikre på avgjersla om å søke helsehjelp, men var usikre på når dei skulle gjere dette. Kvinnene forsøkte å få relasjonar og sosiale plikter til å fungere trass i symptoma dei opplevde. Å førebu seg sjølv og andre på avreise var viktig, blant anna å informere pårørande og arbeidsplassen. Dei unngjekk alvoret i situasjonen og forsøkte å roe ned pårørande når dei fortalde om den aktuelle situasjonen. Kvinnene tok seg tid til å orkestrere rolleendingar for andre, slik som delegering av oppgåver i heimen og på arbeidsplassen.

#### *4.1.3 Den hjelpesøkande prosessen*

Gyberg et.al (2015) identifiserte vedvarande og intensiverte symptom som den største drivkrafta i vurderingsprosessen, som gjorde at kvinnene til slutt søkte hjelp. Motviljen til å oppsøke sjukehus forsvann når kvinnene opplevde tap av evne til eigenomsorg. Fleire av kvinnene opplevde at livet ikkje var verdt å leve med denne uuthaldelege kampen, noko som styrka avgjersleprosessen. For at kvinnene skulle få adekvat medisinsk hjelp måtte tre mekanismar samanfalle: kvinnene måtte anerkjenne symptoma som noko meir enn normale kroppslege endringar og overkomme barrierar for å kunne avbryte sine daglege aktivitetar. Deretter måtte helsetenestene vere tilgjengelege og kvinnene måtte forstå korleis, kor og når dei skulle komme i kontakt med helsehjelp. Til slutt måtte kvinnene komme i kontakt med helsetenesta på eit tidspunkt der det hadde oppstått objektive teikn på hjarteinfarkt.

Albarqouni et.al (2016) fann at kunnskap om atypiske symptom reduserte prehospital forseinking hos menn, men ikkje hos kvinner. Det viser seg at auka bevisstheit om symptom på hjarteinfarkt hos kvinner ikkje automatisk kan bli oversett til redusert prehospital forseinking (Banharak, Zaharli & Matsuo, 2018; Davis et.al, 2014; Albarqouni et.al, 2016). Kunnskap utgjorde berre ein liten del av kva som skulle til for at kvinnene kom raskt til behandling, då kvinnene utsette å oppsøke helsehjelp trass i at dei opplevde typiske symptom, kjente igjen symptoma og hadde gode referanserammer. I studien til Davis et.al (2013) viste det seg at kvinnene trengte at nokon andre tok avgjersla for dei. For nokon var dette nære pårørande som var vitne til symptoma og førte dei i retning mot helsehjelp, medan andre trengte

løyve til å sjølv kontakte helsehjelp. Denne løyva gjekk ut på å bli fritatt frå daglege oppgåver og ansvar.

Lawesson et.al (2018) fann at kunnskap om risiko er like viktig som kunnskap om teikn og symptom, då tidleg intervensjon er avhengig av at ein tek symptoma på alvor. Studien identifiserer tid som ein viktig faktor for å kunne redusere dødeleg utfall. Gyberg et.al (2015) fann at kvinnene ikkje var klar over progresjonen av hjarteinfarkt medan Davis et.al (2013) fann at kvinnene i studien vurderte at dei hadde god tid dersom symptoma vart oppfatta som stabile. I dei to sistnemnte studiane såg ein at kvinnene ikkje oppfatta tid som ein faktor som kunne påverke prognosen.

## 4.2 Møtet med helsepersonell

### 4.2.1 Barrierar og holdningar

Gyberg et.al (2015) identifiserte ein uheldig effekt av å søke hjelp før kvinnene hadde utvikla objektive teikn på hjarteinfarkt då det førte til at kvinnene fekk reseptar eller råd utan relevans. Konsekvensen av dette var at barrierane vaks når kvinnene seinare opplevde dei same symptoma og ei redusert tru på eiga evne til å identifisere signifikante symptom. Studien fann avvik mellom kvinnene sin opplevde helsetilstand og objektive teikn tolka av helsepersonell, og peikar på eit behov for å sjå på subjektive symptom som verdifulle under den diagnostiske prosessen. Hos fleire kvinner i studien til Lichtman et.al (2015) viste EKG og bildediagnostikk ingen unormale funn før ei stund etter pasienten først oppsøkte helsehjelp. Gyberg et.al (2015) understrekar at ein betre dialog om opplevde symptom kan medverke til at helsepersonell lettare identifiserer kvinner i risiko for hjarteinfarkt. Forfattarane meiner ein bør gi kvinnene ei kjensle av å bli trudd på, med eller utan objektive teikn. Dei fann at å få symptoma sine stempla som vage eller mindre alvorlege gjorde at kvinnene nølte med å kontakte helsehjelp. Helsesystemet må difor gjerast meir forståeleg og tilgjengeleg for å bryte ned barrierane som hindrar kvinner i å oppsøke helsehjelp.

Lichtman et.al (2015) fann at kvinnene var engstelege for kva som ville skje dersom symptoma viste seg å vere falsk alarm. Ein av kvinnene i studien opplevde lette då sjukepleiaren bekrefta diagnosen hjarteinfarkt. Gyberg et.al (2015) fann at kvinnene bekymra seg over om symptoma deira var alvorlege eller viktige nok. Dette kunne forårsake skam, krenking og redusert

empowerment. Vidare viste forfattarane til at det kunne føre til at kvinnene legg stor innsats i korleis dei skal oppføre seg for å bli trudd på og lytta til, før ein oppsøker medisinsk helsehjelp og i møtet med helsepersonell. Lichtman et.al (2015) viste til negative erfaringar med helsepersonell som ein faktor som kan hindre kvinnene i å oppsøke helsehjelp.

#### *4.2.2 Anbefalingar til undervisande og rådgjevande tiltak*

Banharak, Zaharli og Matsuo (2018) og Albarqouni et.al (2016) viste til at den helsefremjande og førebyggjande rolla til sjukepleiaren medfører ein moglegheit til å promotere kunnskap og førebygge forseinka behandling. Albarqouni et.al (2016), Banharak, Zaharli og Matsuo (2018) og Davis et.al (2013) påpeikar at kunnskap og undervisning ikkje aleine kan effektivt påverke til handling, men at målretta undervisning er det første logiske steget. Albarqouni et.al (2016) meiner vidare at ein må ta omsyn til kompleksiteten i å omsette kunnskap til handlingar. Vidare skriv dei at rettleiingsinformasjon om hjarteinfarkt bør vere ein integrert del av ansvarsområdet til helsepersonell og at ein bør individualisere tilnærminga samt å diskutere dei ulike presentasjonane av hjarteinfarkt, både typisk og atypisk. Davis et.al (2013) understrekar at undervisninga må ta utgangspunkt i den sosiale konteksten kvinnene lev i og bør ta for seg den potensielle faren ved å overvurdere tida dei har på å oppsøke helsehjelp.

## **5.0 Diskusjon**

### 5.1 Reliabilitet og validitet

Relevans for problemstillinga var det viktigaste kriteriet for inklusjon i mitt litteratursøk, men klar struktur og formål samt ein transparent metodikk var også viktige faktorar. Dei kvantitative studiane til Albarqouni et.al (2016) og Banharak, Zaharli & Matsuo (2018) påpeikar økonomisk støtte, utveljing av deltakarar, tidavgrensing og recall bias som avgrensingar for overføringsverdien i sine studiar. Deltakarane i studien til Banharak, Zaharli & Matsuo (2018) vart rekruttert frå to katolske kyrkjelydar, noko som gir avgrensa moglegheit til overføring av resultatet då kunnskap om kardiovaskulær sjukdom og risikofaktorar mogleg kan henge saman med religiøst tilhøyr. Dei metodiske svakheitene i studiane svekker resultata sin gyldigheit. Lawesson et.al (2018) nemner også risiko for recall bias, men skildrar spesifikke tiltak som styrkar validiteten til studien. Studiens relevans for andre etniske grupper enn svensk er låg grunna eksklusjon på grunnlag av språkforståing.

Dei kvalitative studiane er vektlagt i presentasjon av resultat og diskusjon då eg ønskte eit erfaringsbasert fokus. Dei varierer i grad av reliabilitet og studiane med størst grad av pålitelegheit har fått størst plass i oppgåva. Ein tydeleg metodekritisk og transparent metodikk styrkar studien til Gyberg et.al (2015) og tiltrua på at resultatet er gyldig. Lichtman et.al (2015) tek utgangspunkt i ein pågåande studie med eit svært spesifikt populasjonsutval, men er opne om dei svakheitene som verkar inn på studiens gyldigheit og skildrar tiltak brukt for å redusere omfanget av desse. Davis et.al (2013) har også skildra dei tiltaka som er tatt i bruk for å styrke truverd, reliabilitet og overførbarheit. Dette styrkar mi tiltru til at resultata er gyldige. Studien til Jackson et.al (2014) har eit forholdsvis stort populasjonsutval for ein kvalitativ studie, men tek for seg ei spesifikk gruppe med kvinner i rurale områder. Forfattarane poengterer at den homogene deltakargruppa må takast omsyn til i tolking av resultatet. I all kvalitativ forskning må ein vere aktsam på det faktum at informasjonen er innhenta på eit meir personleg nivå enn den kvantitative forskinga, og at relasjonen mellom forskar og forskingsobjekt vil kunne farge studiens resultat (Larsen, 2017, s. 16).

Studiane er i hovudsak utført i USA forutan studiane til Albarqouni et.al (2016), Gyberg et.al (2015) og Lawesson et.al (2018). Eg ønskte i utgangspunktet eit europeisk forskingsfokus for å styrke moglegheita til overføring av resultatet til det norske helsevesenet, men artiklane publisert i USA viste seg å vere av relevans for å svare på mi problemstilling og då særleg studiane til Lichtman et.al (2015) og Davis et.al (2013). Det er viktig å poengtere at inklusjon av desse mogleg vil påverke overføringsverdien av resultatet til det norske helsevesenet, men ut ifrå mine erfaringar i helsevesenet vil anbefalingane ha verdi for sjukepleiepraksisen også i Noreg.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### *5.2.1 Forståing for ein kompleks sosial kontekst*

Som tidlegare presentert viser det seg at kvinner, i større grad enn menn, undervurderer eller ikkje greier å identifisere diffuse symptom (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016, s. 229). Løchen og Gerds (2015) påpeiker at dette til dels kan forklarast med at kvinner har ein høgare terskel for å fortelle om symptoma sine til dei rundt seg. Dette tyder på at kvinnene sine avgjersler om å søke helsehjelp blir påverka av ein sosial kontekst, noko dei inkluderte studiane også viser (Lichtman et.al, 2015; Jackson & McCulloch, 2014; Gyberg et.al, 2015; Davis et.al, 2013). Dagens politiske føringar vektlegger at ein skal styrke pasientrolla og at ein som

helsepersonell skal legge til rette for at pasientane kan ta helsefremjande val (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Då må ein vere bevisst på denne sosiale konteksten. Studiane viser at kvinner utsetter å søke helsehjelp på grunn av ei rekke faktorar relatert til ansvar for familie og arbeid, til frykt for å ikkje blir trudd på og bekymring for å vere til bry for andre. Lichtman et.al (2015) samt Jackson og McCulloch (2014), Davis et.al (2013) og Gyberg et.al (2015) fann at kvinnene var opptekne av det ansvaret dei hadde for familie og arbeid, og at dei gjerne prioriterte dette over eiga helse.

Kvinnene i studiane bekymra seg for korleis familiemedlem ville reagere på endringar i deira helsestatus og opplevde at situasjonen trua deira uavhengigheit (Lichtman et.al, 2015; Gyberg et.al, 2015). Kvinnene forsøkte å få forhold og sosiale plikter til å fungere, og bekymring for å vere til bry var ein gjennomgåande trend (Lichtman et.al, 2015; Gyberg et.al, 2015; Jackson & McCulloch, 2014; Davis et.al, 2013). Lichtman et.al (2015) forklarar dette som angst for å bli sett på som ein som klaga for ubetydelege bekymringar og kvinnene var særleg prega av tvil på om symptoma deira var alvorlege eller viktige nok (Gyberg et.al, 2015; Jackson & McCulloch, 2014). Samla sett ser ein at den sosiale konteksten kvinnene lev i påverkar deira vurderingsprosess når dei skal avgjere om dei skal ta kontakt med helsevesenet. Helsepersonell bør ha forståing for dette når ein møter desse kvinnene, og ha kunnskap om korleis dette møtet påverkar framtidige vurderingsprosessar. Lichtman et.al (2015) påpeikar at ein må hjelpe kvinnene å søke helsehjelp utan at dei opplev stigma og fordømming, og at dette kan gjerast ved hjelp av empowerment.

Empowerment blir brukt som eit verktøy for meistring ved at ein styrkar pasienten sine moglegheiter til å løyse problem som oppstår og mobilisere egne ressursar (Tveiten, 2016, s. 18, 29, 32). Empowerment vil vere nyttig slik at kvinna opplev meistring trass i ein utfordrande og usikker situasjon, og meistringa vil vere avhengig av kunnskap og ferdigheiter hos kvinna sjølv. Som sjukepleiar kan empowerment bety å gjere kvinna mindre avhengig av kunnskapen til helsepersonell og overføre kontrollen til kvinna. Det skal ikkje vere naudsynt at kvinnene kvir seg for å søke hjelp eller at dei må øve seg på å overtude helsepersonellet som møter dei. Utøving av kunnskapsbasert praksis omfattar å ta pasienten sine symptom og skildringar av plagar på alvor, og praktisk utøving av sjukepleie bør bere preg av nettopp dette (Kristoffersen et.al, 2011, s. 349-350). Kvinna vil sjølv vere ansvarleg for å nytte seg av informasjon og kunnskap som er forsøkt formidla av sjukepleiar, men rettleiing innanfor empowerment kan

sikre eit solid kunnskapsgrunnlag kvinna kan bruke i sin vurderingsprosess og styrke trua kvinna har på seg sjølv (Tveiten, 2016, s. 90, 145).

### *5.2.2 Usikkerheit i forbindelse med sjukdom*

Merle Mishel sin teori om usikkerheit ved sjukdom understrekar at symptom utan eit konsistent mønster og symptom som trassar forventningar eller ikkje er til å kjenne igjen, gjer at usikkerheit oppstår hos pasienten (Kristoffersen et.al, 2011, s. 268). Det viser seg at kvinner brukar tid, energi og ressursar på å forme eit symptommmønster som gir meining for dei når dei opplev diffuse symptom på hjarteinfarkt (Lichtman et.al, 2015; Davis et.al, 2013). Alvoret i situasjonen, uforståelege eller uføresette og tvitydige symptom kan bidra til ei oppleving av usikkerheit i slike situasjonar (Kristoffersen et.al, 2011, s. 268). Gyberg et.al (2015) fann at symptom som utvikla seg i ei uføresett retning eller overgjekk all tidlegare gjenkjenning, bidrog til at kvinnene ikkje lenger greidde å finne adekvate forklaringar på symptoma. Kvinnene var gjerne ikkje bevisste på alvoret i situasjonen, noko som forlenga tida det tok før dei oppsøkte helsehjelp. Lichtman et.al (2015) såg at kvinnene opplevde symptom som ikkje stemte med deira forventingar, som gjerne var basert på skildringar i media.

Mishel trekk fram troverdige autoriteter som ein ressurs for styrking av evna til å danne seg kognitive strukturar i den aktuelle situasjonen (Kristoffersen et.al, 2011, s. 268). Sjukepleiaren kan dermed sørge for forståing og tryggleik i ein usikker situasjon. Det viste seg at eit mangfald av atypiske symptom som varierer i varigheit og presentasjon kan føre til usikkerheit rundt dei kroppslege signala ein opplev ved hjarteinfarkt, særleg ved mangel på overgang frå prodrom til akutte symptom (Lichtman et.al, 2015; Davis et.al, 2013). Overført til dagens praksis kan dette ha verdi for korleis ein som sjukepleiar bør undervise og rettleie kvinnene, men då spesielt som sekundærprofylakse sidan sjukepleiarar ikkje nødvendigvis møter kvinnene på ein slik måte som gjer primærførebygging mogleg. Vidare kan det ha verdi for korleis ein møter kvinner i førstelinjetjenesta, på den måten at ein bør validere og støtte kvinna si erfaring for å ikkje auke denne opplevinga av usikkerheit når ho først tek kontakt med helsehjelp. Det kan tenkast at ein kan redusere usikkerheit hos kvinnene dersom ein gjer dei bevisste på at symptoma kan ha eit diffus preg, i tillegg til at ein syter for at dei kjenner igjen situasjonen og at ein implementerer realistiske forventingar. Mishel understrekar at det er viktig at pasienten har tillit til og stolar på helsepersonellet ho møter, og at helsepersonell må sørge for eit best mogleg samsvar mellom pasienten sine forventningar og realiteten. Usikkerheit er forbunde med redusert livskvalitet og sjukepleiarar kan førebygge dette ved å sørge for å hjelpe pasienten



til å sjølv tolke og forstå hendingar, symptom og teikn på ein formålstenleg måte (Kristoffersen et.al, 2011, s. 268).

### 5.2.3 Undervisning og rettleiing

Informasjonsformidling og undervisning av pasientar er ei sentral sjukepleiaroppgåve som kan bidra til ei kjensle av meistring og legge til rette for at pasienten kan ta ansvar for eiga helse (Molven, 2012, s. 157; Tveiten, 2016, s. 24-25). Å overføre kunnskap kan samsvare med overføring av makt frå den profesjonelle til brukaren ved å gjere brukaren i stand til å sjølv oppdage og identifisere symptom (Tveiten, 2016, s. 90, 145). Banharak, Zahrlı og Matsuo (2018) samt Albarqouni et.al (2016) påpeikar korleis den helsefremjande og førebyggjande rolla til sjukepleiaren kan brukast til å promotere kunnskap og førebygge forseinka behandling. På den andre sida viser det seg at kunnskap og undervisning for seg sjølv ikkje nødvendigvis fører til raskare handling (Albarqouni et.al, 2016; Banharak, Zahrlı & Matsuo, 2018; Davis et.al, 2013). Likevel påpeiker Albarqouni et.al (2016) at helsepersonell bør sørge for informasjon til sårbare grupper med ein individualisert tilnærming i kombinasjon med diskusjon om riktig responsmåte.

Det viser seg at kvinner manglar informasjon om progresjonen av hjarteinfarkt og overvurderer tida dei har på å kontakte helsehjelp (Davis et.al, 2015; Gyberg et.al, 2015). Dette er eksemplifisert i studien til Davis et.al (2015), der alle kvinnene sjølv ordna med skyss til sjukehuset og unngjekk å ringe ambulanse. Dei var av oppfatninga av at det ville ta like lang tid for dei å sjølve ordne transport. Ei kvinne venta til ein dag dottera hennar var ledig til å køyre ho til sjukehuset, då ho vurderte det som rimelig å vente så lenge symptoma var stabile. Symptoma vart tolka som stabile så lenge ho ikkje hadde behov for ein tredje tablett med nitroglyserin. Jackson et.al (2014) fann at kvinnene nølte når dei skulle ringe naudnummeret fordi det kom til å føre til uønskt merksemd og invasjon av privatlivet.

Dette resultatet er relevant for sjukepleiepraksisen då det seier noko som korleis ein bør forme undervisninga. Utøving av sjukepleie skal baserast på forskning slik som dette, i tillegg til erfaring og brukarkunnskap (Kristoffersen et.al, 2011, 166-167; Tveiten, 2016, s. 52). Det viser seg at kvinner har behov for kunnskap om symptomatologi, men i stor grad også om riktig handlingsmåte når ein opplev diffuse symptom som ikkje samsvarar med forventningar og tidlegare erfaring. Når symptoma varierer i presentasjon, varigheit, kvalitet og lokalisasjon slik som studiane viser, blir det naturleg nok vanskeleg for kvinnene å vurdere når dei skal oppsøke

helsehjelp. Gyberg et.al (2015) fann at det i helsevesenet var urimelege høge forventningar til kvinner når det gjeld akkurat dette. I møtet med kvinner på sengepost eller i førstelinjetenestene, kan det å validere pasientens personelege erfaring mogleg bidra til senke terskelen for å kontakte helsehjelp i framtida. Ein bør vere klar over at informasjon aleine ikkje nødvendigvis styrker vurderingsprosessen hos kvinnene, då denne er påverka av mange ulike sosiale faktorar. Ein ser også at det er naudsynt å forstå at desse sosiale faktorane inneberer ein redsel for å bli sett på som ei byrde i tillegg til at kvinnene kvir seg for å opne sitt privatliv for å kunne ta imot hjelp. Helsepersonellet som møter desse kvinnene vil kunne nytte seg av denne kunnskapen for å motverke slik tvil og nøling.

#### *5.2.4 Brukarmedverknad*

Eit meir forståeleg og tilgjengeleg helsesystem samt empowerment vart trekt fram i studiane som nyttige strategiar for å styrke vurderingsprosessen til kvinna (Lichtman et.al, 2015; Gyberg et.al, 2015). Det vil seie at desse strategiane mogleg kan hjelpe kvinnene kjenne igjen symptom og søke helsehjelp, og på den måten inkludere kvinna som ein kompetent deltakar. Denne tankegangen er basert på brukarmedverknad med mål om at kvinna skal oppleve kontroll over situasjonen (Ingstad, 2013, s. 147). I utvikling av denne oppgåva var det viktig for meg å ha brukarmerknad som gjennomgåande grunnverdi. Som tilsett ved medisinsk hjarte-og lungeavdeling under studiet har eg fått eit unikt innblikk i pasientane sine historier. Her møtte eg ei kvinne som på samtaletidspunktet var 75-85 år. Eg innhenta verbalt samtykke og informerte ho om formålet med litteraturstudien. Samtalen er anonymisert av omsyn til personvern. Eg ønsker å presisere at kunnskapane ein ønsker å innføre hos pasientane, må tilpassast til kva behov pasienten identifiserer hos seg sjølv. Kunnskapar ein opplev som nyttig vil engasjere i større grad enn det som blir oppfatta som utan nytteverdi (Tveiten, 2016, s. 143).

Denne kvinna vakna ei natt med akutt oppkast og verk i brystkasse og rygg. Kvinna var lungefrisk, men hadde familiær historie med hjarteinfarkt og hadde hatt eit hjerneslag. Kvinna oppsøkte lege og vart diagnostisert med bronkitt. Utan hjarterelatert diagnostikk som EKG eller blodprøver vart ho sendt heim med ein resept på prednisolon. Kvinna sjølv tenkte ikkje i retning hjarteinfarkt då ho var av oppfatninga at hjarteinfarkt var noko ein berre fekk dersom ein hadde diabetes mellitus eller hypertensjon. Ho hadde ikkje nokon av desse diagnosane og kjende ikkje igjen dei symptoma ho opplevde. Ho bekymra seg difor ikkje for hjartesjukdom. Kvinna gjekk på den legeordinerte kuren i seks månadar og kjende samstundes på verkande smerter i nakke og rygg. Sju månadar etter første kontakt med lege tok ho rekontakt for ein urinvegsinfeksjon.

På indikasjon som er ukjent for forfattar, valde denne legen å ta eit EKG. Dette viste endringar som svara til eit gjennomgått eller pågåande NSTEMI. Ved spørsmål om kva symptom kvinna hadde forventa å oppleve ved eit hjarteinfarkt, svarde ho med symptom som tilsvara eit hjerneslag då det var dette ho hadde sett i media i form av PRATE-SMILE-LØFTE.

Kvinna sine erfaringar samsvarar med resultat frå Gyberg et.al (2015) og Lichtman et.al (2015), som viste at kvinnene fekk reseptar eller råd utan relevans for behandling av hjarteinfarkt og at hjarterelaterte undersøkingar ikkje viste unormale funn før ei stund etter pasienten først oppsøkte helsehjelp. Konsekvensen av dette var at barrierane vaks og kvinnene opplevde redusert tru på seg sjølv. Gyberg et.al (2015) presisterte at ein betre dialog mellom pasient og helsepersonell, i tillegg til å validere kvinnene sine opplevingar, kunne betre inklusjonen av kvinna i den diagnostiske prosessen.

Å inkludere brukarerfaring bør utførast for å motverke paternalisme i helsevesenet, noko som kjem til uttrykk når fagpersonane ikkje berre hjelper med dei behova pasienten presenterer, men i tillegg definerer behova for dei (Tveiten, 2016, s. 35). Kvinna eg møtte understreka at «forståelse er like viktig som medisin», då ho opplevde maktesløyse på grunn av mangel på kunnskap om symptom på hjarteinfarkt og mangel på engasjement for kompetanseutveksling hos helsepersonell. Eg har under studiet også fått erfaring med førstelinjetenesta gjennom ei stilling ved ei distriktslegevakt. Mine kollegaar, som møter desse kvinnene nesten dagleg, oppfattar at kvinnene som ringer inn gjerne søker anerkjenning på at dei faktisk har behov for hjelp. Ein har då moglegheit til å sørge for at kvinna får ei positiv oppleving med helsetenestene, om det viser seg at ho gjennomgår eit hjarteinfarkt eller ikkje. Slik kan ein mogleg redusere terselen for å ta kontakt for helsehjelp når deira eiga kompetanse ikkje lenger strekker til.

## **6.0 Konklusjon**

Denne litteraturstudien belyser eit behov for fokus på kvinnehelse og eit kunnskapsløft blant kvinner, men påpeiker at informasjon om symptomatologi ved hjarteinfarkt ikkje nødvendigvis vil vere løysinga aleine. Brukarmedverknad og empowerment er svært viktige nøkkelord, då inklusjon av kvinnene i diskusjonen om deira helse er viktig for det helsefremjande og førebyggjande arbeidet. Ein ser at vurderingsprosessen til kvinna i stor grad er påverka av komplekse sosiale faktorar og at desse må takast omsyn til når ein som sjukepleiar skal ivareta

desse kvinnene. Kvaliteten av møtet med helsepersonell vil vere av verdi for behandling av det aktuelle hjarteinfarkt, men også for framtidige vurderingsprosessar. Å formidle riktig handlingsmåte samt å ha ein validerande og nysgjerrig tilnærming ser ut til å kunne styrke kvinna sin vurderingsprosess når ho skal ta kontakt for medisinsk hjelp ved symptom på hjarteinfarkt, og då særleg ved diffuse og atypiske symptom. Det er naudsynt å fremje meistring hos desse kvinnene for å førebygge forseinka behandling og dermed redusere mortalitetsraten. Vidare ser ein at kvaliteten på diagnostikk og behandling av kvinner er dårlegare enn hos menn, noko som tilseier at det er naudsynt med ytterlegare kjønsspesifikk forskning og sikring av inklusjon av kvinner i forskning, slik at dei kan lære å lytte til sitt eige hjarte.

## 7.0 Referanseliste

- Albarqouni, L., Smenes, K., Meinertz, Th., Schunkert, H., Fang, X. & Ronel, J. (2016). Patients' knowledge about symptoms and adequate behavior during acute myocardial infarction and its impact on delay time. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1845-1851. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.007>
- Banharak, S., Zaharli, T. & Matsuo, H. (2018). Public Knowledge about Risk Factors, Symptoms, and First Decision-makings in Response to Symptoms of Heart Attack among Lay People. *Pacific Rim International Journal of Nursing research*, 22(1), 18-29.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving: for bachelor-og masterstudenter*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgåve). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.08.001>
- Davis, L.L. (2017). A Qualitative Study of Symptom Experiences of Women with Acute Coronary Syndrome. *Journal of cardiovascular nursing*, 32(5), 488-495. doi: [10.1097/JCN.0000000000000381](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000381)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 23.05). *Retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/inklusion-av-kvinner/>
- Faiz, K. W. (2018). Symptomer er subjektive – tegn er objektive. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, (utgåve 7). Doi: 10.4045/tidsskr.17.1043.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 18.06). *Forekomst av hjerte-og karsykdom i 2018*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i->

[2018/#:~:text=De%20nye%20tallene%20fra%20Hjerte,for%20hjerneslag%20\(13%20prosent\).](#)

Folkehelseinstituttet. (2020, 22.09). *Foreløpige tall for dødsårsaker i perioden mars-mai 2020.* <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/forelopige-tall-for-dodsarsaker-i-perioden-mars-til-mai-2020/>

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. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.10.019>

Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S. & Falk, K. (2015). Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 670–677. <https://doi.org/10.1111/scs.12286>

Helsebiblioteket. (u.å-a). *Alle databaser.* <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Helsebiblioteket. (u.å-b). *Critical Appraisal Skills Programme (CASP).* <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/verktoy/critical-appraisal-skills-programme-casp>

Helsebiblioteket. (2007). *Ukens tips: Bli kjent med helse-databasene.* <https://www.helsebiblioteket.no/7682/ukens-tips-bli-kjent-med-helse-databasene;jsessionid=CE93287307FB9A8A17DD48BFF25A2020>

Helsebiblioteket. (2016a). *Sjekklistor.* <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016b). *PICO.* <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Henta frå

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jackson, M.N.G. & McCulloch, B.J. (2014). 'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women. *Rural Remote Health*, 14(2), 1-13.

Koht, J. (2019, 08.07). Prodrom. I *Store Norske Leksikon*. <https://sml.sn�.no/prodrom>

Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F & Skaug, E-A (red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utgåve). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utgåve). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Lawesson, S.S., Isaksson, R-M., Thylén, I., Ericsson, M., Ängerud, K. & Swahn, E. (2018). Gender differences in symptom presentation of ST-elevation myocardial infarction – An observational multicenter survey study. *International Journal of Cardiology*, 264, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.03.084>

Lichtman, J.H, Leifheit-Limson, E.C., Watanabe, E., Allen, N.B., Garavalia, B., Garavalia, L.S., Spertus, J.A., Krumholz., H.M. & Curry, L.A. (2015). Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women With Acute Myocardial Infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(2), 31-38.

<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612>

Løchen, M-L & Gerdts, E. (2015). *Kvinnehjarter: En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lønnebakken, M.T. (2013). Iskemisk hjertesykdom hos kvinner. Er det noe nytt? *Hjerteforum*, 26(2), 45-50.

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utgåve). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 1999: 13. (1999). *Kvinnens helse i Norge*. Sosial- og helsedepartementet.

Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ruyter, K. W. (red.) (2003). *Forskningsetikk: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rødland, A. W. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse?*

[https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport\\_final\\_1505\\_18\\_med\\_isbn.pdf](https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_1505_18_med_isbn.pdf)

St. Meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse-og omsorgsdepartementet

Stubberud, D-G, Grønseth, R & Almås, H (red.). (2016). *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utgåve). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgåve). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk*. Vigmostad & Bjørke AS.

Ørn, S & Bach-Gansmo, E (red.). (2016). *Sykdom og behandling* (2. utgåve). Gyldendal Norsk Forlag AS.



## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1: PICO

**Problemformulering:**

Kva påverkar kvinner sin vurderingsprosess når dei skal oppsøke helsehjelp ved symptom på iskemisk hjartesyjukdom, og korleis kan sjukepleiarar styrke denne prosessen?

	<b>Population/problem</b>	<b>Interest</b>	<b>Context</b>
Norsk formulering henta frå problemstilling	Kvinner Kvinnelege pasientar Hjartefarkt	Symptom Informasjon Bevisstheit Kunnskap	Symptomgjenkjenning
MeSH ord	Women Woman Female Female patients Myocardial ischemia Myocardial ischaemia Myocardial infarction Acute myocardial infarction Heart disease AMI Heart attack Cardiovascular stroke	Signs and symptoms Symptoms Prodromal symptoms Early warning symptoms Information Knowledge Lack of knowledge Lack of information Lack of awareness Attitudes	Symptom recognition Symptom perception Symptom identification Illness perception Description of symptoms

		Awareness Competence Help-seeking behavior Behaviour Seeking medical care Seeking medical treatment Health education	
PubMed	Female Women Myocardial infarction	Knowledge	Symptom recognition
Cinahl	Woman Women Female Female patients Myocardial infarction Heart attack Myocardial ischemia Myocardial ischaemia	Signs and symptoms Sign* Symptom* Prodromal symptoms Information Knowledge Lack of knowledge Awareness Competence Help seeking behavior	Symptom recognition Symptom perception

Embase	Women Female Myocardial infarction		Symptom recognition
--------	--	--	---------------------

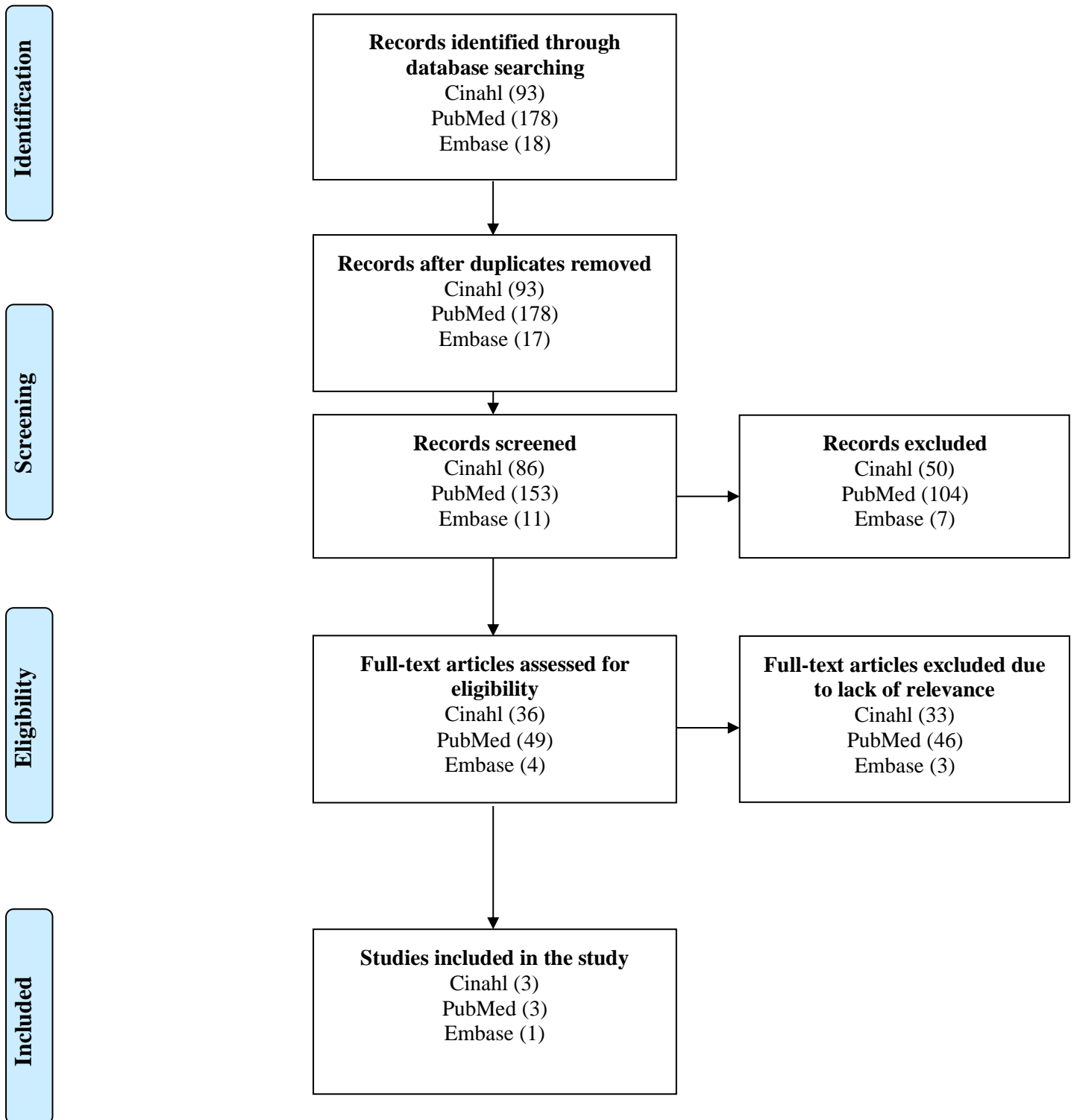
## Vedlegg 2: søkehistorikk

DATO	DATABASE	SØKEORD	AVGRENSINGAR	TREFF
26.11.2020	Cinahl	woman OR female OR female patients AND myocardial infarction OR heart attack OR myocardial ischemia AND signs and symptoms OR symptoms OR prodromal symptoms AND information OR knowledge OR lack of knowledge OR awareness OR competence	2012-2020, all adults, english, europe	43
06.12.2020	Cinahl	women OR female* OR female patient OR woman AND myocardial infarction OR myocardial ischemia OR myocardial ischaemia OR heart attack OR cardiovascular stroke* AND sign* OR symptom* OR prodromal symptom OR signs and symptoms AND knowledge OR lack of knowledge OR awareness OR help seeking behavior OR symptom recognition OR symptom perception	2012-2020, all adults, english, europe	50
08.02.2021 (1)	PubMed	Female AND myocardial infarction AND symptom recognition	2012-2021, free full text, English or Norwegian, female, adult 19+	76
08.02.2021 (2)	PubMed	Women AND myocardial infarction AND knowledge	2012-2021, free full text, English or Norwegian, female, adult 19+	102
11.02.2021	Embase	Women OR female AND myocardial infarction AND symptom recognition	2012-2021	18

## Vedlegg 3: PRISMA-flytskjema



## PRISMA 2009 Flow Diagram



## Vedlegg 4: Døme på kritisk vurdering av artikkel



Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments: Formålet var å identifisere korleis kvinner sine erfaringar samhandlar og påverkar avgjersla om å oppsøke medisinsk hjelp ved eit førstegongsinfarkt. Bakgrunnen for formålet var at det fortsett finst variasjonar som tilseier at kvinner ventar lenge enn menn før dei bestem seg for å oppsøke helsehjelp.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Det var gunstig med kvalitativ metode då dei ønskte å innhente djupdeinformasjon frå kvinnene.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Studiedesignet forskarane valte er grounded theory. Dei ønskte å bruke dette for å tolke meninga bak handlingane til kvinnene som vart intervjuet, med ein rimeleg logikk. Dei begrunna kvifor dei valde dette designet.



4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Forskarane informerte kvinner innlagt på "coronary units" om studien og tilbydde kvinnene å delta. Kvinnene måtte møte inklusjonskriteriane: førstegongsinfarkt, mellom 18 og 75 år, kunne snakke og forstå svensk.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
- If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Forskarane ønskte å hente ut kvinnene sine personlege erfaringar. Dei gjennomførte semistrukturerte intervju mellom juni 2011 og mai 2012, som opna opp for å individuelt tilpasse spørsmåla samstundes som det sikra ei relativt klar ramme. Dei brukte båndopptakar. Dei formulerte kategoriar, som vart klarare ved komparativ lesing fram til dei nådde metning av data.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
  - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Intervjua vart gjennomført av éin person, kvinnene fekk bestemme staden for gjennomføring av intervjuet, dei fokuserte på eit stille og fredfullt miljø for å bevare kvinna sin integritet, og nytta seg av triangulering.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
  - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
  - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Planen var godkjent av Regional Ethics Board of Gothenburg, skriftleg og verbalt samtykke vart gitt av kvinnene, dei vart informert om at dei kunne trekke seg når som helst utan yttarlegare forklaring, informert om at sitat ville bli publisert, men at det ville bli anonymisert.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Dataanalysen utvikla seg under innhenting av data. Tolking av data vart omgjort til kodar, kategoriar og tentative konsept, som utvikla seg og vart spissa undervegs gjennom stadig komparativ lesing.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Dei diskuterar kor mykje ein kan vektlegge resultatet og kva konklusjonar ein kan trekke ut ifrå resultatet. Dei er forsiktige med å trekke for sterke konklusjonar, og samanliknar sine funn med funn frå tidlegare studiar.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature)
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Dei diskuterer korleis deira funn kan overførast til praksis i helsetenesta og på kva måte dei samsvarar med funn frå tidlegare studiar. Dei konkluderar med at funna kan generaliserast til kvinner i lik situasjon, men mogleg i mindre grad hos kvinner av annan etnisk bakgrunn enn svensk.



## Vedlegg 5: Litteraturmatrise

Forfatter Publisering Tidsskrift Land	Tittel	Type studie	Formål	Metode	Populasjon/utval	Resultat	Kvalitetsvurdering (peer review)	Etisk vurdering	Søk
Banharak, S., Zahrli, T. & Matsuo, H. 2018 <i>Pacific Rim International Journal of Nursing research</i> USA	Public knowledge about Risk factors, Symptoms, and first Decision- making in Response to Symptoms of Heart attack among Lay People	Tverrsnittstudie (kvantitativ studie)	1. Skildre kunnskap om coronarsjukdom, risikofaktorar, symptom på hjarteinfarkt og korleis pasientar tek avgjersler basert på sosioøkonomiske variablar  2. Samanlikne sosiodemografiske skilnadar med tanke på kunnskap om risikofaktorar ved coronarsjukdom, symptom på hjarteinfarkt og korleis pasientar tek avgjersler når symptom presenterer seg  3. Utforske karakteristika med tanke på dårleg forståing for risikofaktorar, symptom og å ta avgjersler.	Spørjeundersøking basert på tre ulike spørjeskjema.	345 menn og kvinner frå allmenn befolkning i USA, frå to kyrkjelydar.	Den generelle befolkning kjenner igjen typiske symptom ved hjarteinfarkt betre enn atypiske symptom. Færre identifiserte svakheitskjensle, svimmelheit og synkope som symptom på AMI. Kvinner og eldre greidde i liten grad å identifisere atypiske symptom.	Peer reviewed (tidsskriftet krev fagfellevurdering)	The Saint Louis University's Institutional review board  Rett til å nekte å delta, og verbal forsikring om at dette ville ikkje påverke deltaking i kyrkjeaktivitet  Anonymitet	06.12.2020 Cinahl

Lawesson, S.S., Isaksson, R-M., Thylén, I., Ericsson, M., Ångerud, K. & Swahn, E. 2018 <i>International Journal of Cardiology</i> Sverige	Gender differences in symptom presentation of ST-elevation myocardial infarction – an observational multicenter survey study	Multisenter studie (kvantitativ studie)	1) Å undersøkje om kvinner og menn opplev ulike symptom ved STEMI 2) Om dette har noko med sosiodemografiske og kliniske faktorar å gjere 3) Om det finst kjønnskilnadar når det kjem til å tolke symptoma ved STEMI	Observasjonsdesign med sjølvrapporterte data henta inn ved spørjeskjema	532 manlege og kvinnelege pasientar innlagd på fem svenske sjukehus med STEMI utan alvorlege symptom og var hemodynamisk stabile.	Studien viser at det kvinnelege kjønnet er ein sterk og uavhengig faktor for å føreseie sannsynet for at kvinner opplev STEMI utan brystmerter. Kvinnene i studien hadde fem gongar så høg risiko for å oppleve STEMI utan brystmerter der kjønn var den einaste signifikante faktoren. Kvinnene hadde 2-3 gongar større risiko for å oppleve nakke/halssmerter, smerter i rygg, skulder og arm(ar), kvalme/oppkast og frykt. Fråvær av brystmerter blir knytt til redusert sannsyn for å motta evidensbasert medisinsk behandling og auka mortalitet.	Peer reviewed (tidsskriftet krev fagfelle vurdering)	Regionalt Ethical Review Board (Linköping, Sverige)  Overhaldt Helsinkideklarasjonen  Informert samtykke frå alle pasientar	11.02.2021 Embase
Albarqouni, L., Smenes, K., Meinertz, Th., Schunkert, H., Fang, X. & Ronel, J. 2016 <i>Patient Education and Counseling</i> Tyskland	Patients´ knowledge about symptoms and adequate behavior during acute myocardial infarction and its impact on delay time	Tverrsnittstudie (kvantitativ studie)	Å undersøkje korleis pasientane sin kunnskap om symptom på hjartefarkt påverkar prehospital forseinking.	1. Strukturert intervju 2. Spørjeskjema 3. Innsamling av data frå pasientane sine journalar	486 AMI-pasientar, både menn og kvinner.	Kunnskap om symptom gir 50 % høgare sjans for tidleg ankomst til sjukehuset samanlikna med inadequate kunnskapsnivå. Trass i relativt adekvat kunnskapsnivå om typiske symptom på hjartefarkt er eldre og kvinner, som igjen har høgare risiko for atypiske symptom, mindre sannsynlege til å ha kunnskap om desse atypiske symptoma	Peer reviewed (tidsskriftet krev fagfelle vurdering)  Følger STROBE-retningslinjene	The Ethic Commission of the Faculty of Medicine of the Technischen Universität München (TUM).  Samtykkedeklarasjon  Informert samtykke  Forsikring om at deltaking i studien ikkje ville påverke behandlinga deira	26.11.2020 Cinahl
Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S. & Falk, K. 2015 <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> Sverige	Women´s help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction	Kvalitativ studie	Identifisere korleis kvinner sine erfaringar samhandlar og påverkar avgjersla om å oppsøke medisinsk hjelp ved eit førstegongsinfarkt.	Delvis strukturert intervju (grounded theory)	17 kvinner mellom 38-75 år	Kvinnene gjekk gjennom tre definerte, samanhengande prosessar som til saman hindra deira aktivitet i dagleglivet og gjorde at dei handla i akkord med sine eksistensielle behov. Kvinnene opplevde svært ulike progressjonar i sjukdomen i form av symptom og tid. Tre mekanismar måtte samanfalle dersom dei skulle få medisinsk hjelp: 1. anerkjening av symptoma som noko meir enn normale kroppslege endringar	Peer reviewed (tidsskriftet krev fagfelle vurdering)	Regional Ethics Board of Gothenburg  Skriftleg og verbalt samtykke, rett til å trekkje seg når som helst  Tilbod om profesjonell støtte dersom det vart behov for dette	06.12.2020 Cinahl

						2. helsetenestane måtte vere tilgjengelege 3. kvinnene måtte komme i kontakt med helsetenestane når det var nok iskemi til å måle objektivt		Anonymitet	
Lichtman, J.H., Leifheit-Limson, E.C., Watanabe, E., Allen, N.B., Garavalia, B., Garavalia, L.S., Spertus, J.A., Krumholz, H.M. & Curry, L.A. 2015 <i>Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes</i> USA	Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women With Acute Myocardial Infarction	Kvalitativ studie	Kartleggje erfaring med prodromalsymptom og korleis dei tek avgjersler om å søke medisinsk hjelp.	Djupneintervju (grounded theory)	30 kvinner mellom 30-55 år med AMI (gjennomsnittsalder 47 år), som allereie var ein del av TRIUMPH-studien (ein multisenter observasjonsstudie)	Fem karakteristiske erfaringar vart funne: 1. prodromale symptom varierte betydeleg i natur og varigheit 2. feilaktig vurdering av risiko for hjartesyjukdom, relaterte symptom til årsaker utan opphav i hjartet 3. konkurrerende prioritatar påverka avgjersler om å søke akutt hjelp 4. helsevesenet som møtte kvinnene reagerte ikkje konsekvent, noko som resulterte i forseinking i utredning og diagnose 5. kvinnene oppsøkte ikkje primærhelseteneste regelmessig, inkludert førebygging av hjartesyjukdom	Peer reviewed (tidsskriftet krev fagfelle vurdering)	Godkjent av styret ved kvar institusjon som deltok i TRIUMPH-studien  Informert samtykke	08.02.2021 PubMed (1)
Jackson, M.N.G & McCulloch, B.J 2014 <i>Rural Remote Health</i> USA	'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women	Kvalitativ studie	Samle informasjon frå eldre kvinner busett i rurale områder, for å undersøke kunnskap om symptom på hjarteinfarkt og korleis ein tek avgjersler ut i frå desse kunnskapane.	Intervju med 33 kvinner over ei periode på to år. Intervjua brukte tre vignetter for å bevare kvinnene sitt privatliv.	Kvinner 65 år eller eldre, busett i eit område definert som ruralt av US census.	Kvinnene hadde vanskar med å identifisere symptom på hjarteinfarkt når dei ikkje hadde vore eksponert for visse symptom anten gjennom personleg erfaring eller undervisningsprogram. Fleire av kvinnene tolka symptoma feilaktig og assosierte dei med andre tilstandar, slik som søvnproblem, hjerneslag, artritt og influensa. Feildiagnostisering av symptom førte til forseinking av å søke hjelp hos desse kvinnene, i tillegg til eit ønske om å bevare sitt privatliv, ei oppfatning om at ambulansen ville bruke for lang tid før den nådde dei, eller at dei ikkje ville vere til bry for sine slektningar.	Peer reviewed (tidsskriftet krev fagfelle vurdering)	University of Minnesota Institutional Review Board  Informert samtykke	08.02.2021 PubMed (2)

<p>Davis, L.L., Mishel, M., Moser, D.K., Esposito, N., Lynn, M.R. &amp; Schwartz, T.A. 2013 <i>Heart &amp; Lung</i> USA</p>	<p>Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Undersøkje korleis kvinner kjenner igjen og tolkar symptom på akutt coronarsjukdom, og korleis ein avgjer om ein skal ta kontakt for behandling.</p>	<p>Djupneintervju (semistrukturert) med 9 kvinner med akutt coronar syndrom ved hjelp av grounded theory</p>	<p>9 kvinner, 35 år eller eldre, innlagt på sjukehus med ei sikker ACS diagnose</p>	<p>Alle deltakarane gjekk gjennom ein basal sosial prosess som gjekk ut på å søke for meininga bak symptomona deira. Fasar i prosessen inkluderte</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. legge merke til symptom</li> <li>2. danne eit symptommønster</li> <li>3. bruke eit rammeverk for referanse</li> <li>4. teste grensene til symptomona</li> <li>4. finne lindring og tilordne kausalitet</li> </ol> <p>Deltakarane vart delt i to grupper:</p> <p>Gruppa med gradvis utviklande hjartefarkt opplevde usikkerheit, fortsette livet som vanleg fram til andre oppfordra dei til å søke medisinsk hjelp.</p> <p>Gruppa med umiddelbart gjenkjenneleg hjartefarkt identifiserte tilstanden raskt, men venta medan dei førebudde seg sjølv og andre på situasjonen vidare.</p> <p>Alle kvinnene utsette å søke hjelp, uavhengig av evne til å identifisere symptom.</p>	<p>Peer reviewed (tidsskriftet krev fagfelle vurdering)</p>	<p>The institutional review board (IRB) på universitetet</p> <p>Signert samtykkeskjema</p>	<p>08.02.2021 PubMed (1)</p>
---	---	--------------------------	---	--	---	--	---	--	--------------------------------------