



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	411
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7056
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	73
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

Hjerteinfarkt hos kvinner

Myocardial infarction in women

Kandidatnummer: 411

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Høgskulen på Vestlandet, campus Haugesund

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall ord: 7056

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

Tittel: Hjerteinfarkt hos kvinner

Bakgrunn: Kliniske og epidemiologiske studier har vist at kvinner har ulikt sykdomsforløp ved mange hjertesykdommer sammenlignet med menn. Av ukjente årsaker får kvinner hjerteinfarkt 10 år senere enn menn, og tilstanden koster ifølge statistikk to norske kvinneliv hver dag. Kvinner har andre symptomer, risikofaktorer og typer hjerteinfarkt enn menn. Mange kvinner er derimot ikke klar over kjønnsforskjeller ved hjerteinfarkt.

Problemstilling: Hvordan opplever, tolker og vurderer kvinner et hjerteinfarkt?

Hensikt: Oppgaven hadde til hensikt å undersøke hvordan kvinner opplever, tolker og vurderer sine hjerteinfarkt, samt hva som fører til forsinkelser i deres behandlingssøkende forløp.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, og baserer seg på funn fra fem inkluderte forskningsartikler hentet fra databasen Cinahl. Det er inkludert supplerende teori i form av forsknings- og fagkunnskap fra pensumbøker, valgt litteratur og nettbaserte kilder for å belyse problemstillingen på en hensiktsmessig måte.

Funn: Flertallet kvinner opplever ikke symptomene sine ved hjerteinfarkt som alvorlige, og kvinner uten typiske brystmerter relaterer ubehaget til for dem logiske forklaringer. Kvinner som derimot opplever symptomene sine som truende kontakter umiddelbar helsehjelp. Tidligere sykdommer og erfaringer påvirker kvinners vurderinger og handlinger ved et hjerteinfarkt.

Resultat: Mange kvinner feiltolker, undettrykker eller minimerer symptomene sine ved et hjerteinfarkt. Personlige og profesjonelle forpliktelser, tidligere erfaringer med sykdom og helsevesen samt tidspunkt for symptomutbrudd er viktige faktorer som påvirker kvinners vurderinger og handlinger ved et hjerteinfarkt, og fører ofte til forsinkelser i å søke behandling. Mange kvinner opplever også varselsymptomer i forkant av sine hjerteinfarkt, med fatigue som det mest utbredte prodromale symptomet. Dette kunne vise seg fra 1 uke til 5 år i forkant.

Abstract

Title: Myocardial infarction in women

Background: Clinical and epidemiological studies have shown that women have different disease courses in many heart diseases compared to men. For unknown reasons women get myocardial infarction 10 years later than men, and according to statistics the condition costs the life of two norwegian women every day. Women have different symptoms, risk factors and types of myocardial infarctions than men. Many women are despite that not aware of the gender differences in myocardial infarction.

Issue: How do women experience, interpret and assess a myocardial infarction?

Aim: The thesis was intended to investigate how women experience, interpret and assess their myocardial infarction, as well as what leads to delays in their treatment-seeking process.

Method: This thesis is a literature study, and is based on the findings from five included research articles taken from the database Cinahl. Supplementary theory is included in the form of research and professional knowledge from textbooks, selected literature and online sources to shed light on the issue in an appropriate way.

Results: The majority of women do not experience their symptoms of a myocardial infarction as severe, and women without typical chest pain relate the discomfort to logical explanations for them. Women who in fact experience their symptoms as threatening contact immediate health care. Past illnesses and experiences affect women's assessments and actions in a myocardial infarction.

Summary: Many women misinterpret, suppress or minimize their symptoms of a myocardial infarction. Personal and professional commitments, previous experiences with illness and health care, and the time of onset of symptoms are important factors that affect women's assessments and actions in a myocardial infarction, and often lead to delays in seeking treatment. Many women also experience warning symptoms ahead of their myocardial infarction, with fatigue as the most common prodromal symptom. This could show up from 1 week to 5 years in advance.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Relasjon til praksisfeltet.....	8
1.3 Teori.....	9
1.3.1 Hjerteinfarkt	9
1.3.2 Kvinner versus menn.....	9
1.3.3 Symptomer	10
1.3.4 Behandling	10
1.4 Helsekompetanse	11
1.5 Empowerment.....	12
1.6 Tidligere forskning.....	13
1.7 Lovverk.....	13
1.8 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	14
1.9 Presentasjon av problemstilling	14
2. Metode.....	15
2.1 Litteraturstudie	15
2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode	15
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
2.4 Søkehistorikk.....	17
2.4.1 Tabell 2 - Søkematrise CINAHL 08.03.2022.....	17

2.4.2 Tabell 3 - Søkematrise CINAHL 09.03.2022.....	18
2.4.3 Tabell 4 - Søkematrise CINAHL 24.03.2022.....	19
2.5 Funnmatrikse for inkluderte artikler.....	20
2.6 Etske vurderinger	24
2.7 Kildekritikk og analyse.....	24
3. Funn.....	26
3.1 Å erkjenne og forstå symptomene sine.....	26
3.2 Å handle ut fra egen vurdering	27
3.3 Å utsette medisinsk behandling	28
4. Drøfting	29
4.1 Å erkjenne og forstå symptomene sine.....	29
4.2 Å handle ut fra egen vurdering	30
4.3 Å utsette medisinsk behandling	32
5. Oppsummering og implikasjoner for praksis.....	34
6. Referanseliste.....	35
Vedlegg	39

Liste over inkluderte tabeller og vedlegg

- Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	s. 16
- Tabell 2: Søkematrise CINAHL 08.03.2022	s. 17
- Tabell 3: Søkematrise CINAHL 09.03.2022	s. 18
- Tabell 4: Søkematrise CINAHL 24.03.2022	s. 19
- Tabell 5: Funnmatrikse for inkluderte artikler	s. 20
<hr/>	
- Vedlegg 1: Sjekkliste kvalitativ artikkel	s. 39

1. Innledning

I dette kapitlet presenteres oppgavens tema, relasjon til praksisfeltet, teorikunnskap, de samfunnsvitenskapelige begrepene helsekompetanse og empowerment, lovverk, tidligere forskning, og avgrensning, presisering og presentasjon av problemstillingen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO, 2021) viser tall fra 2021 at hjerte- og karsykdommer er verdens ledende dødsårsak. I 2019 skal anslagsvis 17,9 millioner mennesker ha mistet livet til denne gruppen sykdommer, noe som tilsvarer 32 % av alle globale dødsfall. Av totalsummen skyldes 85 % av dødsfallene hjerteinfarkt og hjerneslag (WHO, 2021). Tross høye dødstall på verdensbasis, hovedsakelig i lav- og mellominntektsland, har en i Norge sett en nedgang i antall hjerte- og karsykdoms relaterte dødsfall de siste ti årene (Strøm & Raknes, 2021). Endringer i kosthold og røykevaner er elementer som anerkjennes for at det i dag er færre behov for behandling av sykdommer som akutt hjerteinfarkt i Norge (Bergsagel, 2019).

I 2018 var akutt hjerteinfarkt ifølge Andreassen (2018) hovedårsaken til død blant kvinner i Norge. Dette er ikke tilfellet hos menn, og kjønnsforskjellene er derfor vikende. I dag overlever over 90 % av de som får hjerteinfarkter i Norge. Likevel skal en ikke lenger tilbake enn til 70-tallet og tiden før hvor det å få et hjerteinfarkt var katastrofalt og dødeligheten enorm. Den økende overlevelsen berømmes revolusjonen innen behandling av hjerteinfarkt som i løpet av de siste 30 årene har utviklet seg. Utover 1980-tallet ble standardbehandlingen betydelig bedret i form av nye blodproppløsende legemidler, etterfulgt av de nye utblokkingsmetodene (2018).

Utsagn om at kvinner og menn kan få ulike typer hjerteinfarkt underbygges med faktumet at én av fem kvinner får hjerteinfarkter som ikke skyldes blodpropp til hjertet (Andreassen, 2018). Standardbehandling med utblokkning eller blodfortynnende legemidler vil derfor ikke ha noen hensikt i de tilfellene. Forskere vet i dag lite om hvorfor disse kvinnene får hjerteinfarkt. En årsak kan være akutt stress som fører til at blodårene kniper seg sammen og blodstrømmen til hjertet stopper opp, en tilstand som har fått navnet knust hjerte-syndrom (2018). Basert på ulikheter og uvisshet rundt kvinners hjerteinfarkt og forløp ser jeg det som et aktuelt og viktig tema som med fordel kan belyses ytterligere. Temaet i denne oppgaven er derfor: Hjerteinfarkt hos kvinner.

1.2 Relasjon til praksisfeltet

Sykepleie er et profesjonsfag, og et av samfunnets eldste og viktigste yrker. Uansett kultur og teknisk utvikling utøves sykepleie, og har til hensikt å ivareta og utøve bestemte oppgaver i samfunnet (Kristoffersen et al., 2016, s. 16). Sykepleiens handlingskompetanse og handlingsberedskap knyttes til grunnleggende sykepleiefunksjoner, og har pasienters helse, mestring og livskvalitet som sentrale mål (2016, s. 16). I sykepleieryrket vil derfor kunnskaper og erfaringer om hjerteinfarkt hos kvinner være relevant, og viktige forutsetninger for å best mulig kunne møte og ivareta kvinnene og deres fysiske, psykiske og psykososiale behov i den påkjenningen et hjerteinfarkt kan være (Eikeland et al., 2017, s. 245). Uansett hvilken arena en sykepleier arbeider på vil hjerteinfarkt være en sykdom en vil kunne møte i yrket. Ettersom forsinkelse i akuttinnleggelse og behandling på sykehus er avgjørende for pasientens prognose er det derfor viktig at sykepleier kjenner til og evner å fange opp viktige tegn og symptomer på hjerteinfarkt hos kvinner og handler raskt (2017, s. 245).

I min egen medisinske sykehuspraksis var jeg utplassert ved akuttmottaket, et naturlig sted å møte på pasienter med hjerteinfarkt. Jeg opplevde møtene og arbeidet med denne pasientgruppen var utrolig spennende, og fikk møte pasientene i en annen fase av sykdomsforløpet enn de pasientene jeg som oftest møter på sengepost. Jeg opplevde som sykepleierstudent at jeg ervervet meg nyttig kunnskap og erfaring innen temaet. Dette er jeg takknemlig for og vil ta med meg videre. I praksisperioden fikk jeg ikke anledningen til å møte noen kvinner med hjerteinfarkt. Om dette skyldes at det ikke hendte på mine vakter eller forsterker teoriene om at kvinner søker senere helsehjelp enn menn, eller har symptomer som kan forveksles med andre diagnoser er ikke godt å si. Likevel vil jeg presisere at undersøkelsene, overvåkingen og behandlingen jeg fikk ta del i relatert til mannlige pasienter har gitt meg et godt grunnlag for forståelse.

1.3 Teori

1.3.1 Hjerteinfarkt

Statistikk fremlagt av Gerdts et al. (2022, s. 1) oppgir at det hver dag dør to norske kvinner av hjerteinfarkt. Kvinner har andre risikofaktorer for hjertesykdom enn menn, og forskning har vist at hypertensjon eller diabetes i svangerskap, og komplikasjoner som svangerskapsforgiftning eller eklampsi gir økt risiko for utvikling av hjertesykdom også før menopausen inntreffer (2022).

Den universelle definisjonen av hjerteinfarkt per 2020 lyder: «Hjerteinfarkt er død av hjertemuskelceller forårsaket av iskemi, som et resultat av en ubalanse mellom tilførsel og behov for oksygenrikt blod» (Norsk hjerteinfarktregister, 2020, s. 1). Tjordal (2021) beskriver at hjertet er et vitalt organ som har i oppgave å transportere oksygenrikt blod ut til kroppens organer og vev. For å kunne opprettholde sin funksjon er også myokard, selve hjertemuskelen, avhengig av oksygenrik blodtilførsel, og ernæres via kransarteriene som anatomisk sett befinner seg som en krans rundt hjertet. Ved et hjerteinfarkt oppstår det en tilstopping av en kransarterie, noe som medfører iskemi og hypoksi til en del av hjertet (2021). Hjerteinfarkt skyldes ofte blodpropp, og oppstår i disse tilfeller sekundært til aterosklerose og arteriell trombedannelse, som er de viktigste årsakene til iskemisk hjertesykdom. Redusert sirkulasjon i kransarteriene kan også være forskyldt spasmer eller fibrose (Ørn & Brunvand, 2019, s. 167).

1.3.2 Kvinner versus menn

Kliniske og epidemiologiske studier har vist at kvinner sammenlignet med menn har ulike sykdomsforløp ved mange hjertesykdommer (Løchen & Gerdts, 2015, s. 14). Av ukjente årsaker får kvinner hjerteinfarkt omtrent 10 år senere enn menn, noe som omtales som et overaskende funn da kjønnsforskjellen ved risiko derimot er slående. Menn i femtiårsalderen har rundt fem ganger større dødelighet av hjerteinfarkt enn jevnaldrende kvinner. Etter passerte femti år minskes forskjellene, men kvinnene vil risikomessig aldri kunne ta mennene igjen dersom de ikke røyker. Den beskyttende effekten av å være kvinne oppheves ved røyking, og kvinnene vil dermed ha samme risiko som en ikke-røykende mann (2015, s. 87). God dokumentasjon peker i retning av at tobakk, et usunt kosthold og fysisk inaktivitet er viktige risikofaktorer for iskemisk hjertesykdom, og at kjønn, alder og arvelige faktorer er viktige biologiske risikofaktorer (2015, s. 88-89). Kjønnfordelt er hypertensjon den viktigste

risikofaktoren hos kvinner, mens dyslipidemi; misforhold mellom serumnivåene av total og HDL- kolesterol og triglyserider (Tonstad, 2021) er den viktigste risikofaktoren for hjerteinfarkt hos menn (Gerds et al., 2022, s. 2).

1.3.3 Symptomer

Løchen og Gerds (2015) legger vekt på at kvinner har mer varierte og uspesifikke symptomer enn menn ved hjerteinfarkt. Omtrent 70 % av menn som får et akutt hjerteinfarkt opplever det klassiske symptombildet med sterke og sentrale brystmerter, som ofte gir utstråling til armer eller skuldre. Hos kvinner forekommer dette hos omtrent 60 % av pasientene. Kvinner har ofte et mer atypisk symptombilde i form av verk i kjeve, nakke, armer eller mellomgulvet. Kvinner rapporterer også mer uspesifikke symptomer som å være sliten, tung i pusten, kaldsvette, svimmelhet eller plager med fordøyelsen. Før selve hjerteinfarkt oppstår opplever mange kvinner varselsymptomer, også kalt prodromale symptomer i form av betydelig tretthet, kvalme og uvelhet, plager med fordøyelsen og søvnforstyrrelser. Det er vist at kvinner kan tåle smerte i større grad enn menn, og at terskelen er høyere for at kvinner rapporterer symptomene videre til eksempelvis ektefelle, en kollega eller til fastlege. Kvinner har ellers tendenser til å forklare bort symptomer de opplever og leter etter passende eller logiske forklaringer (2015, s. 90-91).

En norsk studie fant at omtrent halvparten av de som fikk et akutt hjerteinfarkt hadde opplevd symptomer året i forveien (Nilsen, 2015). Dobbelt så mange kvinner enn menn rapporterte å ha slitt med sterk fatigue i løpet av året før infarkt inntraff. Mange hadde også vært plaget med brystmerter, men få hadde fått en anginadiagnose. Blant kvinnene var risikoen for brystmerter i akutfasen av et hjerteinfarkt fem ganger større dersom de hadde opplevd dette prodromalt, mens tilsvarende hos menn ga en tredoblet risiko (2015).

1.3.4 Behandling

Løchen og Gerds (2015) opplyser om at ved mistanke om akutt hjerteinfarkt skal personen innlegges på sykehus for behandling raskest mulig. Dette innebærer at det vil være svært viktig å forhindre unødvendige forsinkelser. Transporten til sykehus skal foregå med ambulanse, eventuelt luftambulanse dersom reiseveien er lang. Underveis i transporten tas EKG som sendes til nærmeste invasive behandlingssenter for vurdering av lege og avklaring om EKG viser ST-heving eller ikke. Dette forteller behandler om kvinnen har et STEMI eller NSTEMI, og vil ha

betydning for behandlingen som velges. Ved STEMI skal kvinnen fraktes direkte til det nærmeste sykehuset som utfører koronar angiografi, også kalt PCI-behandling hvor det blir gjort umiddelbar oppblokking av den eller de tette blodårene. Dersom EKG ikke viser ST-heving og kvinnen dermed har et NSTEMI skal hun transporteres til nærmeste lokalsykehus for videre undersøkelser og behandling som blodproppløsende medisiner intravenøst. Ellers skal standardisert behandling etter MONA-prinsippet, derav smertestillende morfin, oksygentilførsel, nitroglycerin tablett under tungen og acetylsalisylsyre i brusetablettform gis ved mistanke om hjerteinfarkt og kan gis under transporten til sykehus (2015, s. 93-94). Dersom koronarangiografi skulle vise at det ikke ligger til rette for utblokking av den tette kransarterien grunnet omfattende karsykdom kan det være behov for en bypass-operasjon. Det kan ellers ofte være ukjent hva som vil være den beste behandlingen for kvinner med akutt hjerteinfarkt ettersom all forskning i hovedsak er gjort på menn (Gerds et al., 2022, s. 2).

1.4 Helsekompetanse

I 2019 ble helsekompetanse etablert av helse- og omsorgsdepartementet som det norske ordet for begrepet «Health Literacy», og ble definert slik på norsk:

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. (Helsedirektoratet, 2021, s. 1).

Mange mennesker oppsøker informasjon om egen helse på internett. Hvordan man forstår og oppfatter denne informasjonen er derfor betydningsfull. I Norge er bruken og bevisstheten rundt begrepet helsekompetanse gjerne lav, og en årsak kan være at det tas for gitt at alle kan lese og skrive. Begrenset evne til å utvikle helsekompetanse kan føre til redusert bruk av forebyggende helsetjenester, og dermed øke risikoen for sykehusinnleggelse, dødelighet og føre til økt bruk av akuttilbud. Sykepleiere og annet helsepersonell må derfor være bevisst på pasienters evne til å utvikle helsekompetanse, og formidle helseinformasjon på en hensiktsmessig måte (Tveiten, 2020, s. 52). Ifølge den australske forskeren Don Nutbeam (gjengitt i Finbråten, 2018, s. 91) leder et høyt nivå av helsekompetanse til en større grad av autonomi og empowerment (2018).

I Norge skilles det ifølge Helsedirektoratet (2021, s. 1) mellom to typer helsekompetanse; individuell og systemrettet. Individuell helsekompetanse er individets evne til å finne, forstå og bruke helseinformasjon, mens systemrettet helsekompetanse er systembaserte elementer som har indirekte påvirkning på individers helsekompetanse. Et nasjonalt mål er at pasienter skal få være delaktige i egen helse og behandling. Dette innebærer at pasientene skal bli lyttet til og kunne ta valg i samråd med behandler. For å kartlegge befolkningens helsekompetanse har det i Norge blitt utført nasjonal kartlegging, hvor resultater viste at 1 av 3 befant seg på eller under laveste nivå. For at målet skal kunne bli realisert må pasienter og brukere ha kunnskap og muligheter for å kunne ivareta helsen sin best mulig, og tjenester og forvaltning må tilrettelegges etter ulik grad av kompetanse innen helse, språk og digitale hjelpemidler (2021).

1.5 Empowerment

Ingstad (2018) beskriver at dagens helsevesen ønsker seg en situasjon hvor pasienten har større medvirkning og makt. Inkludert i denne tanken foreligger forventninger til den enkelte pasient hvor pasienten skal delta i egen forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings- og omsorgsprosess i større grad. I institusjoner finnes det eksempelvis et felles mål om å fremme rollen som frisk, men i praksis skjer ofte det motsatte, det er sykerollen som stimuleres. Gjennom brukermedvirkning og empowerment skal dagens helsevesen vektlegge den aktive pasientrollen. Empowerment handler om pasientens involvering gjennom dialog, medvirkning og mobilisering av ressurser. Ved å fremme empowerment i helsetjenesten betraktes pasienten dermed som en komponent borger fremfor en passiv tjenestemottaker, noe som skaper endringer i maktforholdet mellom pasient og helsevesen og krever nyorientering i pasient- og profesjonsrollen (2018, s. 145-146). En annen måte å omtale empowerment på er via det norske begrepet myndiggjøring. I tillegg til at empowerment handler om å sette mennesker i posisjon til å ta kontroll over egen helse og mestre egen livssituasjon handler det også om å påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser individet forholder seg til (Ingstad, 2021, s. 205).

1.6 Tidligere forskning

Det er inkludert tre tidligere forskningsartikler i oppgaven som er aktuelle for å belyse og understreke kvinners opplevelser, tolkninger og handlinger ved et hjerteinfarkt. Studiene er utført i 2005 og 2007, hvilket gjør forskningsfunnene 17 og 15 år gamle i dag.

Rosenfeld et al. (2005) studerte behandlingsforsinkelser ved akutt hjerteinfarkt, og fant seks vanlige atferdsmønstre som gikk igjen hos kvinnene i løpet av beslutningsfasen. Funnene delte kvinnene inn i to grupper; de vitende, og de håndterende (2005). I Sjöström-Strand og Fridlund (2007) så forskerne på kvinners symptomer og årsaker til forsinkelser med å søke medisinsk hjelp. Funnene viste at kvinnene hadde vanskeligheter med å tolke, forstå og knytte symptomene sine til hjertesykdom, samt å ta den endelige avgjørelsen. De prøvde derfor å håndtere ubehaget selv fremfor å søke profesjonell hjelp, også ved brystmerter (2007). I studien utført av Albarran et al. (2007) undersøkte forskerne karakteren av symptomene kvinner opplevde før og under et hjerteinfarkt. Funn viste tre sammenhengende tema som gjenspeilet en skiftende dynamisk helsestatus drevet av den opplevde trusselen fra kvinnenes symptomer: Gradvis bevissthet, ingen smerter i brystet og deretter reaksjon på symptomer (2007).

1.7 Lovverk

Ved å gi pasienter og brukere rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten skal pasient- og brukerrettighetsloven §1-1 (1999) sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven gjelder for alle i riket og fastslår at helsehjelp som utgangspunkt bare kan gis ved pasientens samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Indirekte angår loven helsevesenet og helsepersonell, derav også sykepleiere som motsvarende pliktsubjekter. Loven tildeler pasienter- og brukere mange rettigheter og derimot nærmest ingen plikter (Molven, 2019, s. 30). Sykepleierens profesjonslov: Lov om helsepersonell §1 (1999) skal bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten, samt fremme tillit til helsepersonell. Loven gjelder alt helsepersonell som yter helsehjelp i Norge (1999, §2), og setter krav til helsepersonell i forhold til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Kjernen i sykepleieres yrkesrolle omhandler å fremme helse, lindre og behandle. Samhandlingen med pasienter og brukere er i økende grad rettslig regulert, og tildeler rettigheter, rammer og sikrer kvalitet (Molven, 2019, s. 17).

1.8 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Jeg har valgt å avgrense temaet til å omhandle kvinnelige pasienter i aldersgruppen >18 år. Problemstillingen rettes mot hva kvinner opplever og hvordan de tolker og handler ved et hjerteinfarkt. Det har blitt valgt å ikke avgrense problemstillingen til et bestemt sted på grunnlag av at et hjerteinfarkt kan oppstå uansett hvor kvinner befinner seg. Det er ønskelig å undersøke hva kvinner opplever ved et hjerteinfarkt som fører til at de oppsøker helsehjelp, og eventuelt hva som medfører prehospital forsinkelse i situasjonene hvor dette er aktuelt. Oppgavens problemstilling ses ut fra et pasientperspektiv, og hovedvekten av inkludert forskning er derfor kvalitativ litteratur.

1.9 Presentasjon av problemstilling

Hvordan opplever, tolker og vurderer kvinner et hjerteinfarkt?

2. Metode

I dette kapitlet presenteres oppgavens metode, kvantitativ og kvalitativ metode, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk, funnmatrikse for inkluderte artikler, etiske vurderinger som er vektlagt samt kildekritikk og analyse.

2.1 Litteraturstudie

En metode er en systematisk fremgangsmåte når en skal gjennomføre en studie, og benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap med hensikt om å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Denne oppgavens metode er en litteraturstudie, som vil si at oppgavens grunnlag er basert på eksisterende litteratur og fagkunnskap. En litteraturstudie defineres som en studie hvor kunnskap blir systematisert ut fra skriftlige kilder, eksempelvis fra forskningsartikler (2019, s. 77). Ved litteraturstudier er hensikten å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området problemstillingen etterspør. I denne oppgaven er temaet hjerteinfarkt hos kvinner, og litteraturen som er inkludert og benyttet for å svare på oppgavens problemstilling har derfor hovedfokus på kvalitativ forskning som tar for seg kvinners opplevelser, symptomer og plager, tolkninger og vurderinger ved et hjerteinfarkt.

2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Dalland (2017, s. 52) omtaler metode som et redskap i møte med noe en vil undersøke. På hver sin måte bidrar kvantitative og kvalitative metoder til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i. Det en ønsker å undersøke i studien vil få betydning for hvilken av de to tilnæringsmetodene som velges eller prioriteres i høyest grad. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, eksempelvis tall, og er gunstige å bruke dersom en ønsker å gå i bredden og oppnå presise resultater. De kvalitative metodene tar derimot sikte på data som ikke lar seg måle eller tallfeste, eksempelvis meninger eller opplevelser. Kvalitative tilnæringsmetoder er derfor aktuelle der man ønsker å gå i dybden og vil ha mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. I denne oppgaven hvor pasienterfaringer søkes gjennom forskningslitteratur og teori vil kvalitative metoder derfor være spesielt relevante og kan anses som passende verktøy for å nå frem til temarelevante data (2017, s. 52-53).

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 presenterer hvordan jeg har fokusert søk etter forskningslitteratur relevant for oppgavens problemstilling. Ifølge Thidemann (2019, s. 83) gir kriterier et tydeligere litteratursøk med avgrenset mengde litteratur. Min erfaring er at dette ga hensiktsmessige og presise søk.

Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier		
	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinner - Alder > 18 år - Gjennomgått hjerteinfarkt - STEMI/ NSTEMI - Respondering på symptomer, erfaringer - Prodromale symptomer 	<ul style="list-style-type: none"> - Menn - Alder < 18 år - Ikke gjennomgått hjerteinfarkt - Annen hjertesykdom dersom artikkelen ikke også omtaler hjerteinfarkt
Informanter	<ul style="list-style-type: none"> - Alle typer studiedesign, hovedvekt av kvalitative metoder/ studier - IMRAD-struktur 	<ul style="list-style-type: none"> - Utgivelser som ikke følger et strengt forskningsdesign. Eks. rapporter og kronikker
Språk	<ul style="list-style-type: none"> - Skandinaviske språk og engelsk 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler skrevet på andre språk
Etiske vurderinger	<ul style="list-style-type: none"> - Etisk godkjente artikler 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som ikke er etisk vurdert
Publikasjons år	<ul style="list-style-type: none"> - De siste 10 år 	<ul style="list-style-type: none"> - Eldre enn 10 år
Tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleie- og eventuelt medisinskfaglige tidsskrift 	<ul style="list-style-type: none"> - Andre tidsskrifter som ikke relateres til sykepleiefaget

2.4 Søkehistorikk

I de innledende litteratursøkene startet jeg med å orientere meg i ulike databaser for å danne meg en oversikt over forskning innen temaet som var relevant for oppgavens problemstilling. Etter mer spissede søk og ønsket om pasientperspektiv bestemte jeg meg for CINAHL som database, da denne er helsefaglig og ifølge (Underdal, 2013) og en bibliotekar ved høyskolen spesielt relevant dersom en søker sykepleieforskning og kvalitative studier om pasienterfaringer. Søkeord og kriterier ble utformet før de systematiske litteratursøkene startet. I databasens søkefelt ble det benyttet emneord, merket med «MH» i søkematrisene i tabell 2, 3 og 4, og nøkkelord der jeg likevel ønsket å utforske treff hvor emneord ikke var foreslått. Søkene ble utført på engelsk for å søke frem internasjonal forskning, og søkeordene som ble benyttet var myocardial infarction, treatment delay, women's health, women, symptoms, acute myocardial infarction, heart attack, female patients, prodromal symptoms, experiences, patient perspective og patient experience. Søkeordene ble kombinert med de boolske operatorene AND og OR som bidro til videre avgrensning av litteratursøkene (Thidemann, 2019, s. 87). Etter å ha startet bredt, utført en mengde søk og lest mange sammendrag kom jeg frem til de fem artiklene inkludert i denne oppgaven. Søkeordene benyttet for å finne disse er myocardial infarction, treatment delay, women's health, women og experiences.

2.4.1 Tabell 2 - Søkematrise CINAHL 08.03.2022

Søk og funn av "Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women with Myocardial Infarction" av Arslanian-Engoren og Scott (2017).

Tabell 2 - Søkematrise CINAHL 08.03.2022					
Søk	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Abstrakt lest	Inkludert
S1	MH «Myocardial Infarction»		(46,065)		
S2	MH «Treatment Delay»		(4,639)		

S3	MH «Women´s Health»		(44,176)		
S4	S1 AND S2 AND S3	Published date: 01.01.2012- 31.12.2022	(8)	(5)	(1)

Tabellutforming hentet fra (Thidemann, 2019, s. 89)

2.4.2 Tabell 3 - Søkematrise CINAHL 09.03.2022

Søk og funn av “Prodromal myocardial infarction symptoms experienced by women” av Blakeman og Booker (2016).

Tabell 3 - Søkematrise CINAHL 09.03.2022					
Søk	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Abstrakt lest	Inkludert
S1	MH «Women»		(21,705)		
S2	MH «Myocardial Infarction»		(46,072)		
S3	S1 AND S2	Published date: 01.01.2012- 31.12.2022	(32)	(11)	(1)

Tabellutforming hentet fra (Thidemann, 2019, s. 89)

2.4.3 Tabell 4 - Søkematrise CINAHL 24.03.2022

Søk og funn av:

- “Women’s experiences during myocardial infarction: systematic review meta-ethnography” av Madsen og Birkelund (2016).
- “Women’s help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction” av Gyberg et al. (2015).
- “A qualitative exploration of prodromal myocardial infarction fatigue experienced by women” av Blakeman et al. (2020).

Tabell 4 - Søkematrise CINAHL 24.03.2022					
Søk	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Abstrakt lest	Inkludert
S1	MH «Myocardial Infarction»		(46,125)		
S2	Experiences		(173,415)		
S3	S1 AND S2	Published date: 01.01.2012- 31.12.2022, Sex: Female	(65)	(13)	(3)

Tabellutforming hentet fra (Thidemann, 2019, s. 89)

2.5 Funnmatrixe for inkluderte artikler

Søkestrategien resulterte til inkludering av fem artikler presentert i tabell 5 - Funnmatrixe for inkluderte artikler. Matrisen tar for seg tittel, forfatternavn, årstall, hvilket land studien ble utført i, studieform, metode, hensikt og resultat. Oppgavens videre oppbygning er basert på matrisens resultatdel.

Tabell 5 - Funnmatrixe for inkluderte artikler		
<p>“Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction” av Arslanian-Engoren og Scott (2017).</p> <p>Enkeltstudie utført i: USA.</p>		
Metode	Hensikt	Resultat
<p>Sekundæranalyse av en kvalitativ studie.</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive årsaker til forsinkelser i behandlingsforløp hos kvinner som opplever et hjerteinfarkt.</p>	<p>Funnene baserer seg på data innhentet fra 14 kvinner som har gjennomgått et hjerteinfarkt.</p> <p>Funnene viste at kvinner med alvorlige symptomer søkte umiddelbar hjelp, mens 9 av 14 deltakere utsatte å kontakte medisinsk hjelp. 4 av disse 9 var helsepersonell, 3 sykepleiere, hvorav én hadde arbeidet ved akuttmottaket hun senere ble behandlet ved.</p> <p>I innholdsanalysen ble det avdekket tre faktorer som forårsaket forsinkelsene. Disse var: manglende assosiasjon av symptomene sine til et hjerteinfarkt, personlige eller faglige forpliktelser, eller ønsket om å ikke ankomme via ambulanse.</p>

<p>“Prodromal myocardial infarction symptoms experienced by women” av Blakeman og Booker (2016).</p> <p>Sammensatt studie utført i: USA.</p>		
Metode	Hensikt	Resultat
<p>Integrerende gjennomgang av studier med kvalitative, kvantitative eller blandede metoder.</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere kvalitative, kvantitative og/eller blandede metoder som beskrev prodromale symptomer opplevd av kvinner, samt å utforske studiene for vanlige temaer relatert til dette.</p>	<p>Basert på evaluering av 12 studier hvor 7 var kvantitative, 3 kvalitative og 2 var blandede metoder viste funn at prodromale symptomer ble opplevd av flertallet av kvinner som får et hjerteinfarkt.</p> <p>Symptomene kunne opptre i måneder før hjerteinfarkt oppstod, og viste seg i størst grad via fatigue og kortpustethet.</p> <p>På bakgrunn av data som tilsa at helsehjelp ble tilkalt av begge kjønn i høy grad uken før et infarkt inntraff antyder studien at prodromale symptomer derfor kan være nyttige for å forutsi et kommende hjerteinfarkt. I den sammenheng etterlyses ytterligere studier for å gjenkjenne prodromale symptomer og øke sjansen for avvergelser.</p>
<p>“Women’s experiences during myocardial infarction: systematic review meta-ethnography” av Madsen og Birkelund (2016).</p> <p>Sammensatt studie utført i: Danmark.</p>		
Metode	Hensikt	Resultat
<p>Systematisk oversikt og meta-etnografi.</p>	<p>Studiens hensikt var å identifisere, analysere og syntetisere eksisterende kunnskap rundt erfaringer kvinner har opplevd underveis i et hjerteinfarkt.</p>	<p>Studiens funn er basert på 14 kvalitative studier som totalt inkluderer 231 kvinner i alderen 36-87 år.</p> <p>Tre tema ble identifisert: Endringene kvinnene følte på kroppen, egen vurdering av symptomenes alvorlighetsgrad og deres handlinger ut fra det. Symptomene kunne vise seg i form av ulike kroppslige forandringer lokalisert i bryst, rygg, nakke, armer, mage eller hode i varierende intensitet.</p>

		<p>Funnene viste at kvinnene hadde en tendens til å minimere ubehaget eller smerten de kjente på for å ufarliggjøre tilstandens alvorlighetsgrad ovenfor seg selv. Funn tyder på at stereotype idéer om hvordan et hjerteinfarkt skal se ut og føles gjorde at mange ikke kontaktet helsehjelp. De som derimot tok kontakt assosierte ikke nødvendigvis symptomene sine med hjerteinfarkt, men forstod at tilstanden kunne være alvorlig.</p> <p>Kvinnene var usikre på egne symptomer, om de var reelle eller om de ville bli tolket som hypokondere dersom de kontaktet helsehjelp. Faktorer som forpliktelsesfølelse ovenfor avtaler og hvilket tidspunkt på døgnet symptomene inntraff viste seg å ha betydning for utsettelse, og førte til selvmedisinering fremfor å kontakte hjelp.</p> <p>I denne studien ble Merleau-Pontys teori anvendt for å forklare funnene relatert til kvinnenes opplevelser av kroppsendringene de opplevde ved hjerteinfarkt.</p>
<p>“Women´s help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction” av Gyberg et al. (2015).</p> <p>Enkeltstudie utført i: Sverige.</p>		
Metode	Hensikt	Resultat
<p>Databasert teoriutvikling (grounded theory).</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere hvordan kvinners erfaringer og kunnskap interagerer og påvirker deres beslutning om å søke medisinsk hjelp ved deres første</p>	<p>Resultatene i studien baserer seg på intervjuer av 17 kvinner i alderen 38-75 år.</p> <p>Funnene viste at før kvinnene bestemte seg for å søke hjelp for symptomene de opplevde, gjennomgikk de tre definerte prosesser som sammen hindret deres evne til å utføre dagligdagse aktiviteter. Disse ledet dem til å handle ut fra eksistensielle behov, og kjernen i kvinnenes beslutningsprosess viste seg å være endret syn på egen evne til å fortsette som normalt. Kvinnene beskrev symptomene de opplevde som lumske, tilbakevendende og plutselig akselererende.</p>

	hjerteinfarkt.	Det ble identifisert tre nivåer av symptomer som drivkraft for å søke hjelp; Ikke-intrigerende symptomer, symptomer som forstyrret normale aktiviteter, og symptomer som virket inntrengende i livet. Dette skisserer en prosess hvor kvinnene gikk fra å oppfatte symptomene som ufarlige til alarmerende. Likevel viste funn samtidig at samtlige assosierte symptomene sine med tidligere erfaringer eller diagnoser, og valgte på bakgrunn av dette å forsøke selvmedisinering frem til de innså at det ikke hadde effekt.
<p>“A qualitative exploration of prodromal myocardial infarction fatigue experienced by women” av Blakeman et al. (2020).</p> <p>Enkeltstudie utført i: USA.</p>		
Metode	Hensikt	Resultat
Kvalitativ.	Studiens hensikt var å utforske voksne kvinners unike og delte erfaringer rundt fatigue som prodromalt symptom før hjerteinfarkt.	<p>Resultatene er basert på intervjuer av 10 kvinner med en medianalder på 60 år som alle hadde opplevd fatigue i varierende grad og tidsrom før de fikk et hjerteinfarkt. 6 av kvinnene hadde et NSTEMI-infarkt, og 4 hadde et STEMI-infarkt. To av kvinnene inkludert i studien hadde også gjennomgått et hjerteinfarkt tidligere.</p> <p>Funn viste at fatigue, eller tretthet, mangel på energi, generalisert svakhet eller kognitiv tåke som det også ble beskrevet som, viste seg hos kvinnene fra få dager, uker, måneder eller 4-5 år på det meste i forkant av et hjerteinfarkt. Fatiguen hindret kvinnene i ulik grad, fra å orke mindre husarbeid, nedsatt produktivitet på jobb til sosial isolering.</p>

2.6 Etiske vurderinger

Forskning har som mål å vinne ny kunnskap og innsikt, men må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet eller velferd. Forskningsetikken omhandler derfor ivaretagelse av personvernet til de som deltar i forskning, og skal deriblant sikre at deltagerne ikke påføres skade eller unødig belastning (Dalland, 2017, s. 236). I arbeidet med denne oppgaven er det lagt vekt på at etiske vurderinger er tatt høyde for og etterfulgt i de inkluderte artiklene, og at de er vurdert av etisk komite. Det vil si at sensitive opplysninger om deltagere skal være anonymisert, taushetsplikten skal være overholdt og deltagerne skal ha samtykket til deltagelse (2017, s. 239-241). Ifølge den norske regjeringen er troverdigheten i forskning avhengig av at forskere følger de etiske forskningsprinsippene, og at vi har et normsystem (Regjeringen, 2021). På bakgrunn av dette finnes loven kalt lov om organisering av forskningsetisk arbeid, som skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer (forskningsetikkloven, 2017, §1).

2.7 Kildekritikk og analyse

I arbeidet med å utarbeide denne oppgaven har jeg benyttet meg av ulike kilder jeg har vurdert som pålitelige. Ifølge Dalland (2017, s. 149-152) anses alle bidrag til en oppgave som kilder, og det stilles spesielle krav til hvordan en søker etter, vurderer, gjør rede for og tar i bruk kilder. Å være kildekritisk innebærer at en evner å finne frem til den litteraturen som belyser en problemstilling hensiktsmessig, for deretter å redegjøre for den inkluderte litteraturen. (2017, s. 152). Når litteratur er utvalgt vil analyseprosessen bli aktuell, og innebærer granskning av teksten for å kunne tolke og forstå innholdet (Thidemann, 2019, s. 92).

Når jeg skulle foreta en kritisk vurdering av de artiklene jeg hadde til hensikt å inkludere i oppgaven var jeg i første rekke interessert i artiklene kjennetegnet med IMRAD-struktur, ettersom vitenskapelige artikler innen medisin og helsefag som oftest følger denne strukturen (Thidemann, 2019, s. 66). Jeg undersøkte om artiklene inneholdt klart formulerte problemstillinger, om disse ble besvart og om de fremlagte resultatene var praksisrelevante. Hver artikkel ble deretter nøye gjennomgått og kvalitetssikret ved hjelp av sjekklister hentet fra helsebibliotekets nettsider. Se vedlegg 1 for eksempel på kritisk vurdering ved bruk av sjekklister (Helsebiblioteket, 2016).

I avsnittet for inklusjons- og eksklusjonskriterier vektlegger jeg at oppgavens pasientperspektiv medfører at jeg ønsker hovedvekt av kvalitativ forskning for å besvare min problemstilling, men at andre metodetilnærminger ikke ekskluderes på bakgrunn av det forutsatt at de følger et strengt forskningsdesign. De fem artiklene jeg valgte å inkludere i denne litteraturstudien er publisert i tidsrommet 2015 til 2020, og er derfor alle innenfor rammen på de siste ti års publiseringer. Arslanian-Engoren og Scott (2017) og Blakeman et al. (2020) er rene kvalitative studier, og passer godt innenfor inklusjonskriteriene. Artikkelen av Blakeman og Booker (2016) er en integrerende gjennomgang med kvalitative, kvantitative og blandede metoder. Artikkelen er inkludert ettersom den belyser oppgavens problemstilling med pasienterfaringer og statistiske resultater basert på et større datamateriale. I Madsen og Birkelund (2016) er metoden en systematisk oversikt og meta-etnografi, og er inkludert ettersom alle studiens data er basert på kvalitative studier. Gyberg et al. (2015) har metoden databasert teoriutvikling, også kalt grounded theory. Artikkelen er inkludert da jeg har vurdert den som svært relevant for å belyse og oppgavens problemstilling, og har data basert på intervju. I oppgaven har jeg også valgt å inkludere tre artikler som belyser tidligere forskning innenfor området.

For å analysere artiklene og gjøre meg godt kjent med innholdet startet jeg med å skrive ut artiklene til papirformat. Jeg brukte flittig markeringspenner, og hver artikkel samt hvert tema fikk sin egen farge. Jeg anser mine engelskkunnskaper som gjennomsnittlige, og der språket ble for avansert brukte jeg oversettelsesprogram for å forstå flyten i teksten. Jeg brukte ulike lesemetoder, og leste artiklene flere ganger i sin helhet og i deler, som ifølge Thidemann (2019, s. 92) er viktig ved analyse av artikler for å få tak i detaljene. Kritisk lesing og vurdering førte frem til tre hovedtema jeg har valgt å benytte som underoverskrifter i oppgavens funn- og drøftingsdel.

Annen teorilitteratur inkludert i oppgaven stammer fra kilder jeg har vurdert som pålitelige. Inkludert pensum er anvendt i undervisning, og kvalitetssikret fra høyskolens bibliotek. Foruten det har jeg brukt boken «Kvinnehjerter» av Løchen og Gerdts (2015), som jeg anser å ha tilført oppgaven forskningskunnskap fra en av Norges fremste eksperter på hjertesykdom hos kvinner. Gerdts er også en av forfatterne av artikkelen «Hjertesykdom er vanlig - også hos kvinner» (2022) som er brukt i oppgaven. Det er anvendt nyeste utgivelser av bøker med unntak av Dalland (2017), men basert på mine undersøkelser skal det ikke være gjort større redigering i den nyere versjonen. All inkludert teori fra internett er publisert innenfor de siste ti år, og er hentet fra det jeg anser som pålitelige kilder, eksempelvis helsedirektoratet, helsebiblioteket, WHO, lovdata og regjeringen.

3. Funn

I dette kapitlet presenteres funn fra oppgavens fem inkluderte forskningsartikler. Funnene presenteres i tre deler etter hvilken fase av forståelses- og hjerteinfarktforløpet kvinnene befant seg i da dette viste seg å ha betydning for deres opplevelser og vurderinger.

3.1 Å erkjenne og forstå symptomene sine

Tre av de inkluderte studiene fant at kvinner manglet assosiasjoner som knyttet symptomene deres opp mot et hjerteinfarkt (Arslanian-Engoren & Scott, 2017; Gyberg et al., 2015; Madsen & Birkelund, 2016). Studien utført av Arslanian-Engoren og Scott (2017) fant at kvinner uten typiske brystmerter ofte relaterte symptomene sine til tidligere sykdommer, slik som omgangssyke, influensa eller fordøyelsesbesvær. I Madsen og Birkelund (2016) viste funn at flertallet av kvinner ikke opplevde symptomene sine som alvorlige eller truende, og derfor relaterte disse til en del av aldringsprosessen, influensa eller fordøyelsesvansker. Samme studie fant også at kvinnene ofte feilassosierte symptomene sine på bakgrunn av stereotype ideer om hvordan et hjerteinfarkt skal arte seg, eksempelvis akutt og lammende slik en kan se i film og serier. Det fremkom i tillegg at kvinnene hadde tendenser til å minimere symptomene sine og dermed ufarliggjøre tilstanden for å trygge og overbevise seg selv (2016). I studien utført av Gyberg et al. (2015) fant de at kvinnene som ikke oppfattet symptomene sine som alvorlige kunne tolke disse som stress, såre muskler etter aktivitet eller assosiere symptomene med slitasjegikt, gastritt eller kronisk obstruktiv lungesykdom (2015).

Sammenlagt var symptomene kvinnene opplevde en blanding av mange ulike kroppsforandringer lokalisert i bryst, rygg, armer, nakke, mage eller hode (Madsen & Birkelund, 2016). I Arslanian-Engoren og Scott (2017) var symptomer tilknyttet fordøyelsessystemet, derav besvær med fordøyelsen, kvalme, halsbrann og oppkast mest uttalt (2017). Blakeman og Booker (2016) viste til symptomer som fatigue, søvnforstyrrelser, smerter i kroppen generelt, og psykiske symptomer som angst og følelsesmessig ubalanse (2016). I Gyberg et al. (2015) nevnes ikke enkeltsymptomer, men Blakeman et al. (2020) viste til en blanding av de nevnte symptomene i tillegg til svette, svimmel- og nummenhet, synkope, anfall, ødemer og flatulens (2020). Symptomer definert som prodromale ble funnet i tre av studiene, og de samme tre studiene fant at fatigue var det mest fremtredende prodromale symptomet, og

at det kunne vise seg i dager, uker, måneder og år i forkant av et hjerteinfarkt. (Blakeman et al., 2020; Blakeman & Booker, 2016; Madsen & Birkelund, 2016). Blakeman og Booker (2016) fant også at disse symptomene var svært utbredt, og at kvinnene i gjennomsnitt opplevde mer enn ett prodromalt symptom (2016).

3.2 Å handle ut fra egen vurdering

To av studiene fant at kvinner som opplevde symptomene sine som alvorlige eller truende søkte umiddelbar evaluering og behandling (Arslanian-Engoren & Scott, 2017; Madsen & Birkelund, 2016). I Arslanian-Engoren og Scott (2017) ble ikke funnet videre omtalt ettersom studiens oppmerksomhet var rettet mot beslutninger som førte til forsinkelse av behandling (2017), men Madsen og Birkelund (2016) fant at kvinnene som oppsøkte rask hjelp for symptomene sine ikke nødvendigvis forstod at tilstanden deres var relatert til hjertet, men at det var en trussel mot helsen deres. Studien fant også at kvinners erfaringer og tolkninger ved et hjerteinfarkt er varierende, og at flertallet av kvinner ikke opplevde symptomene sine som alvorlige eller truende. Mange valgte derfor å selvmedisinere eller vente (2016).

Videre identifiserte to av studiene prosesser med tre nivå som hadde betydning for kvinnenes handlinger og reaksjonsmønstre (Gyberg et al., 2015; Madsen & Birkelund, 2016). I Madsen og Birkelund (2016) fant de at kvinnene først måtte føle endringene på kroppen, dermed forstå og videre handle basert på disse (2016). I Gyberg et al. (2015) ble det identifisert tre ulike intensiteter av symptomer som drivkraft for å søke medisinsk hjelp. Disse var ikke-inntrengende symptomer, symptomer som forstyrret deres normale aktiviteter og symptomer som virket inntrengende i livet. Sammen skisserer disse en prosess hvor symptomene går fra å oppfattes ufarlige til å bli alarmerende. Studien fant videre at kjernen i kvinners beslutningsprosess var en endring i deres syn på egen evne til å fortsette som normalt (2015). I Madsen og Birkelund (2016) ble det funnet at kvinnene hadde vansker med å forstå symptomene og endringene de følte på kroppen, noe som resulterte i upassende handlinger (2016). På bakgrunn av dette inkluderte studien Merleau-Pontys teori om «den nåværende og tilværende kroppen» for å skape en ny forståelse av hvordan kvinner opplever kroppsforandringer (2016).

3.3 Å utsette medisinsk behandling

Tre av studiene fant at kvinner forsinket eller utsatte å søke medisinsk hjelp (Arslanian-Engoren & Scott, 2017; Gyberg et al., 2015; Madsen & Birkelund, 2016). Arslanian-Engoren og Scott (2017) fant at 9 av 14 deltakere rapporterte om behandlingsforsinkelser. Mangel på assosiasjon av symptomer tilknyttet hjerteinfarkt, personlige og profesjonelle forpliktelser samt å nekte å ankomme i ambulanse var forsinkelsesfaktorer studien la vekt på. Videre fant de at forsinkelsene skjedde til tross for symptomer som brystmerter, kvalme og fordøyelsesbesvær. Studien presiserte at 4 av de 9 kvinnene som rapporterte forsinkelser var helsepersonell, hvor tre var sykepleiere som på tross av faglig og erfaringsmessig kunnskap ikke gjenkjente symptomer på hjerteinfarkt hos seg selv (2017).

I Madsen og Birkelund (2016) fant de at flertallet av kvinnene ventet med å søke hjelp ettersom de ikke opplevde symptomene sine som alvorlige. Studien fant at måten kvinnene oppfattet symptomene sine på, forpliktelsesfølelse ovenfor venner og familie, tidspunkt på døgnet for symptomutbrudd og redsel for å bli oppfattet som hypokondere i møte med helsevesenet førte til forsinkelser. Dersom kvinnenens symptomer oppsto på natten ble det vist at kvinnene ofte ventet fordi de ikke ønsket å vekke ektefellen eller være til bry for barna sine (2016). Gyberg et al. (2015) fant at kvinnene på bakgrunn av sine vurderinger oppsøkte medisinsk hjelp på ulike tidspunkt, i noen tilfeller livstruende sent, og noen ganger før de utviklet et hjerteinfarkt. Forsinkelsesfaktorene de fant var basert på kvinnenens tolkninger ut fra tidligere erfaringer med sykdommer og kontakt med helsevesen, vurderinger eller reaksjoner fra andre (2015).

4. Drøfting

I dette kapitlet drøftes det hvordan kvinner opplever, tolker og vurderer et hjerteinfarkt. Forskningsfunn fra de inkluderte artiklene drøftes i lys av valgt teori og tidligere forskning.

4.1 Å erkjenne og forstå symptomene sine

Kvinner som feiltolker, undertrykker eller minimerer symptomene sine ved et hjerteinfarkt viser seg å være en gjenganger i forskningsfunn. Hvorfor dette skjer kan tenkes å ha ulike årsaker, og kan eksempelvis være relatert til kvinners helsekompetanse, smerteterskel eller tidligere erfaringer. Ifølge Løchen og Gerds (2015, s. 87) var bare 30 % av amerikanske kvinner i 1997 klar over at hjerte- og karsykdom var den vanligste dødsårsaken blant kvinner. I 2009 hadde andelen økt til 54 % (2015), noe som gir indikatorer om at kvinner hadde fått økt helsekompetanse innen området i tidsrommet. Likevel viste funn fra Arslanian-Engoren og Scott (2017), som også er utført i Amerika, at kvinner som ikke opplevde brystmerter ved hjerteinfarkt assosierte symptomene sine med sykdommer de har opplevd før. Lignende funn ble gjort i studiene av Madsen og Birkelund (2016) og Gyberg et al. (2015), og kan underbygges med tidligere forskningsfunn relatert til kvinners opplevelser av symptomer ved hjerteinfarkt (Albarran et al., 2007). Funn fra denne studien viste at symptombildet kvinner ofte opplevde ikke fulgte et mønster som tradisjonelt forbindes med hjerteinfarkt, og at dette videre kunne påvirke kvinners hjelpesøkende atferd (2007).

Ifølge Finbråten (2018, s. 86) anses health literacy, eller helsekompetanse som et sett personlige ferdigheter, og betraktes som viktige forutsetninger for å mestre og ta kontroll over egen helse og ha utbytte av tilbudte helsetjenester (2018). Basert på Finbråtens omtale av helsekompetanses viktighet er det nærliggende å tenke at kvinner kunne hatt færre forsinkelser i sine behandlingssøkende forløp dersom de hadde hatt bedre kunnskap om hjerteinfarkt hos det kvinnelige kjønn. I mars 2022 publiserte Akershus universitetssykehus at mange kvinner opplever vage og atypiske symptomer ved hjerteinfarkt sammenlignet med menn, og at dette kan medføre at de ikke oppsøker helsehjelp i tide (Akershus universitetssykehus, 2022). Sett i sammenheng med fremlagt forskning representerer kvinners omtalte symptombilder et tilsynelatende stort samfunnsproblem der mange ikke søker behandling innenfor rimelig tid. I møte med kvinnelige pasienter vil sykepleieres pedagogiske funksjon derfor være en viktig del

av det helsefremmende arbeidet, og har til hensikt å styrke den enkeltes eller noen målgruppers ressurser slik at de bedre er rustet til å ivareta egen helse (Finbråten, 2018, s. 87).

I Løchen og Gerdts (2015, s. 91) hevdes det at kvinner tolererer smerte i større grad enn menn. Høy smerteterskel kan være en mulig forklarende årsak til Madsen og Birkelunds (2016) funn om at flertallet av kvinner ikke opplever symptomene sine som alvorlige ved et hjerteinfarkt (2016). En annen årsak kan naturligvis tenkes å være at vage og diffuse symptomer ikke gir en opplevd grunn til bekymring hos kvinnene. I kontrast til det rapporterer kvinner ifølge Bjørnnes og Rostad (2020) om høyere forekomst av smertefulle tilstander sammenlignet med menn, men har også større risiko for underbehandling av smerter. Kvinner er derimot mer reserverte for å bruke smertestillende legemidler, og velger gjerne å avvete i tilfelle smerter forverres (2020). Det ses i tillegg en høyere terskel blant kvinner for å melde fra om symptomene sine til andre, og mange har tendenser til å bortforklare og betvile symptomene sine (Løchen og Gerdts, 2015, s. 91). I Oftedal (2020) forklares dette med at kvinner har mange følelser rundt omsorgsoppgaver og familieforpliktelser.

4.2 Å handle ut fra egen vurdering

I tiden før et hjerteinfarkt opplever kvinner i gjennomsnitt mer enn et prodromalt symptom (Blakeman & Booker, 2016). Løchen og Gerdts (2015, s. 91) omtaler disse som varselsymptomer, og peker spesielt på betydelig tretthet, uvelhet, kvalme, problemer med søvn og fordøyelse som ofte rapporterte symptomer i forkant av et hjerteinfarkt (2015). Fatigue skilte seg ut som det mest utbredte prodromale symptomet i Blakeman og Bookers (2016) studie, og opplevdes ifølge Blakeman et al. (2020) som inngripende i kvinnenens hverdag. Forskningen viste at mange på bakgrunn av sine prodromale symptomer kontaktet helsehjelp i uken før det faktiske infarkt inntraff. I den sammenheng er det relevant å trekke frem at enkelte kvinner historisk sett har opplevd å bli avfeid eller ignorert av helsepersonell når de har søkt hjelp for sine symptomer (Blakeman & Booker, 2016). På bakgrunn av slike funn kan det diskuteres hvordan kvinner velger å handle ved forverring eller vedvarelse av sine symptomer etter å ha opplevd å ikke bli hørt i møte med helsepersonell.

Ifølge Bjørnnes og Rostad (2020) opplever kvinner med hjertelidelser ofte at deres hjerterelaterte symptomer overses og ikke følges opp etter etablert lovverk sammenliknet med menn som presenterer samme symptomer. Dette kan ha sammenheng med forventingen om at kvinner har lettere for å kommunisere smerter og plager enn menn. I realiteten velger mange kvinner derimot å underkommunisere smertesymptomer på bakgrunn av tidligere erfaringer med helsevesenet (2020). Funn fra studien utført av Madsen og Birkelund (2016) kan bidra til å underbygge teorien om at kvinners tidligere erfaringer har innvirkning på hvordan de handler ved et hjerteinfarkt. Forskningen viste at en reell forsinkelsesfaktor var at mange kvinner var redde for å bli oppfattet som hypokondere dersom de kontaktet helsevesenet for symptomene sine, og startet å stille spørsmål ved egne smerter (2016). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienter og brukere rett til medvirkning, og har ifølge §2-1 a og §2-1 b rett til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, derav også bli tatt på alvor (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a og 2-1 b).

For å fremme kvinners selvstendighet og å stole på egne vurderinger blir empowerment begrepet sentralt å trekke frem. Empowerment har til hensikt å fremme myndiggjøring av pasienten, derav selvstendighet, mestring, trygghet, et positivt selvbilde og opplevelse av styring og kontroll i eget liv (Helsedirektoratet, 2018). På den andre siden finnes også kritiske synspunkt rettet mot empowerment-tenkningen, som ifølge Tveiten (2020, s. 53) både kan og kanskje bør problematiseres ettersom prosessen er komplisert og kan pålegge pasienten et ansvar hen kanskje ikke ønsker. Empowerment forutsetter bevissthet og kompetanse på flere områder, og krever evne til kritisk refleksjon. Samtidig er det et faktum at sykdom og symptomer kan redusere evnen til å erkjenne sine egne behov, hvilket kan føre til at pasienten gjør det som forventes, fremfor det hen gjerne selv har ønske om (2020, s. 53).

4.3 Å utsette medisinsk behandling

Å minimere behandlingsforsinkelser ved hjerteinfarkt kan bidra til å redusere sykkelighet og dødelighet hos kvinner (Arslanian-Engoren & Scott, 2017). Som den fremste dødsårsaken blant kvinner legger helsevesenet ifølge Oftedal (2020) for lite vekt på kvinners symptomer. Kvinner reagerer ofte ulikt ved hjerteinfarkt, og det poengteres at det er problematisk når symptomer blir oppfattet som psykisk betinget eller muskulære, både av kvinner selv og helsevesenet (2020). På bakgrunn av det tegnes et bilde av to like, men likevel så ulike situasjoner:

Se for deg en mann som våkner midt på natta med smerter i brystet. Kona tenker med en gang at det er hjerteinfarkt og ringer ambulanse. Se for deg en eldre kvinne som våkner midt på natta, kjenner at det trykker mot brystet og at det er vondt å puste. Hun ser på klokka og tenker at det er for tidlig å ringe barna sine eller helsevesenet. I stedet tusler hun på kjøkkenet for å ta seg litt vann. Hun venter på at det skal gå over. (Oftedal, 2020).

Ifølge Madsen og Birkelund (2016) er mange kvinner usikre på symptomene sine, og velger derfor å selvmedisinere eller ta tiden til hjelp. Imidlertid viste forskningen at klokkeslett for symptomdebut hadde en medvirkende faktor til utsatt behandlingkontakt, ettersom kvinnene ikke ønsket å være til bry for ektefelle eller barn (2016) slik Oftedal beskriver i utdraget (2020). I Sjöström-Strand og Fridlund (2007), inkludert for å belyse tidligere forskning innen området viste funn at kvinner forsøkte å håndtere ubehaget på egenhånd fremfor å søke profesjonell hjelp. Brystsmerter var intet unntak, og kvinnene hadde vanskeligheter med å tolke, forstå og knytte symptomene sine opp mot hjertesykdom. Dette førte til at kvinnene hadde vansker med å ta den endelige avgjørelsen (2007).

Selve kjernen i kvinners beslutningsprosess med å søke medisinsk hjelp viste seg ifølge Gyberg et al. (2015) å være en endring i deres syn på å fortsette som normalt. Endringen var en sammensatt konstruksjon av tanker, følelser og handlinger kvinnene opplevde fra symptomdebut til den endelige beslutningen om å kontakte medisinsk hjelp (2015). Tidligere forskning har vist at kvinners forsinkelser i å søke behandling ved hjerteinfarkt kunne kategoriseres i distinkte mønstre (Rosenfeld et al., 2005). Funnet ble i 2005 omtalt som nyttig kunnskap for klinikere, i den forstand at de kunne bruke mønstrene for å se på kvinners reaksjoner og situasjoner som kunne bidra til å redusere tiden for å søke behandling. Hensikten med dette skulle være å utdanne kvinner i fremtiden om hvordan de skulle reagere på

symptomer relatert til hjertet (2005). Dagens forskning på kvinners kunnskap rundt hjerterelaterte symptomer kan imidlertid indikere at det fortsatt er behov for ytterligere forskning og belysning av området, presisert i Blakeman og Booker (2016) sin studie.

For å skape en forståelse av hvordan kvinner opplever symptomer og derav hvorfor de handler som de gjør valgte Madsen og Birkelund (2016) å inkludere Merleau-Pontys teori om «den nåværende og tilvennede kroppen». Ifølge denne teorien består den tilvennede kroppen av vaner og stimuli fra omverden ervervet fra kroppslige erfaringer og hvordan en lever sitt daglige liv. Den nåværende kroppen ses som en del av den syke kroppen, som grunnet sykdom ikke lenger fungerer som før. Ifølge Merleau Ponty (gjengitt i Madsen og Birkelund, 2016) forstod ikke kvinnene symptomene fra den nåværende kroppen, noe som gjenspeiles ved at de fortsatte å leve livet gjennom den vante kroppen, og ikke skjønnte at livet stod i fare (2016).

5. Oppsummering og implikasjoner for praksis

Denne litteraturstudien har tatt for seg hvordan kvinner opplever, tolker og vurderer sine hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt hos kvinner har lenge blitt omtalt som et underforsket tema, og det har blitt rettet kritikk mot at hovedparten av forskning innen området er utført på menn (Gerds et al., 2022, s. 2).

Funn i de inkluderte forskningsartiklene styrker påstander om at kvinner opplever, tolker og vurderer sine hjerteinfarkt annerledes enn menn, og kommer derfor ofte senere til behandling. Atypiske symptombilder er en av flere faktorer til at flertallet av kvinner ikke opplever symptomene sine som alvorlige (Arslanian-Engoren & Scott, 2017), og mange kvinner relaterer derfor symptomene sine til tidligere sykdommer og diagnoser (Gyberg et al., 2015). Kvinner som derimot opplever symptomene sine som truende oppsøker umiddelbar helsehjelp, uavhengig om de assosierer symptomene sine med hjerteinfarkt eller ikke (2017). I forkant av et hjerteinfarkt opplever mange kvinner prodromale symptomer, med fatigue som det mest utbredte symptomet (Blakeman & Booker, 2016; Blakeman et al., 2020). Prodromale symptomer medfører at mange kvinner kontakter helsehjelp i uken før et hjerteinfarkt oppstår. På dette tidspunktet er vanligvis ikke skade på myokard mulig å påvise, og resulterer ofte i at symptomene blir forklart som muskulære eller psykisk betingede. Dette fører til at mange kvinner ikke føler seg hørt i møte med helsevesenet, og har betydning for hvordan de videre vurderer og handler ut fra symptomene sine (Madsen & Birkelund, 2016).

Hvordan kvinner opplever, tolker og vurderer sine hjerteinfarkt kan få implikasjoner for praksis. Funn fra tidligere og nåtids forskning kan indikere behovet for ytterligere forskning og belysning av temaet hjerteinfarkt hos kvinner. Mange kvinner gjenkjenner ikke symptomer på hjerteinfarkt, noe som kan medføre store konsekvenser. For kvinner kan utsatt behandling som følge av mistolkede symptomer føre til komplikasjoner, senskader og i verste fall død (Tjordal, 2021). På samfunnsnivå fører dette til økt bruk av akutttilbud og ressurser for å behandle og følge opp en alvorlig og livstruende tilstand. På bakgrunn av dette oppfordres kvinner derfor til årlige eller jevnlig kontroll hos fastlege for å kontrollere blodtrykk og kolesterolverdi, i tillegg til røykeslutt, fysisk aktivitet og et sunt og næringsrikt kosthold (Helsebiblioteket, 2020). Å øke bevisstheten blant kvinners hjerteinfarkt og forløp kan kanskje bidra til å redde liv, og kan muligens bety forskjellen på liv og død for noens mamma, bestemor, datter eller søster.

6. Referanseliste

- Akershus universitetssykehus. (2022, 08. mars). *Hjertesykdom hos kvinner*.
<https://www.ahus.no/nyheter/hjertesykdom-hos-kvinner>
- Albarran, J. W., Clarke, B. A. & Crawford, J. (2007). "It was not chest pain really, I can't explain it!" An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1292-1301.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2007.01777.x>
- Andreassen, K. E. (2018, 21. august). *Store kjønnsforskjeller ved hjerteinfarkt*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/med/119381/--store-kjønnsforskjeller-ved-hjerteinfarkt>
- Arslanian-Engoren, C. & Scott, L. (2017). Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36 (5), 298-303. <https://oce-ovid-com.galanga.hvl.no/article/00003465-201709000-00007/HTML>
- Bergsagel, I. (2019, 18. juni). *Kraftig nedgang i akutt hjerteinfarkt og hjerneslag*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2019/06/kraftig-nedgang-i-akutt-hjerteinfarkt-og-hjerneslag>
- Bjørnnes, A. K. & Rostad, H. M. (2020). Kvinner og menn oppfatter smerte ulikt - hva innebærer det for måling? *Sykepleien*, 108(80588). [10.4220/Sykepleiens.2020.80588](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80588)
- Blakeman, J. R. & Booker, K. J. (2016). Prodromal myocardial infarction symptoms experienced by women. *Heart & Lung*, 45(4), 327-335.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.04.005>
- Blakeman, J. R. & Woith, W. M., Astroth, K. S., Jenkins, S. H. & Stapleton, S. J. (2020). A qualitative exploration of prodromal myocardial infarction fatigue experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3882-3895. <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jocn.15432>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Eikeland, A., Stubberud, D-G. & Haugland, T. (2017). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (s. 229-280). Gyldendal Akademisk.
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I T. B. Larsen (Red.),

Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis (s. 86-110). Fagbokforlaget.

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=lov%20om%20organisering%20av%20forskningsetiske>

Gerds, E., Kringeland, E. & Midtbø, H. (2022). Hjertesykdom er vanlig - også hos kvinner. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.22.0176>;

Gyberg, A., Björk, 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://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/scs.12286>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklist*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>

Helsebiblioteket. (2020, 27. mai). *Hjerteinfarkt - behandling og forebygging*.

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/hjerte-og-kar/hjerteinfarkt>

Helsedirektoratet. (2018, 30. januar). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere#referere>

Helsedirektoratet. (2021, 16. februar). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

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

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Ingstad, K. (2018). *Sosiologi i sykepleie og helsefag*. Gyldendal Akademisk.

Ingstad, K. (2021). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (s. 15-27). Gyldendal.

- Løchen, M-L. & Gerdts, E. (2015). *Kvinnehjertes: En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Gyldendal
- Madsen, R. & Birkelund, R. (2016). Women's experiences during myocardial infarction: systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 599-609. <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jocn.13096>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Nilsen, L. (2015, 21. mai). *Få søker legehjelp før infarkt*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2009/12/22/fa-soker-legehjelp-for-infarkt/>
- Norsk hjerteinfarktregister. (2020, 1. januar). *Den 4. universale definisjonen av hjerteinfarkt 2018*. St. Olavs hospital. https://stolav.no/seksjon/Hjerteinfarktregisteret/Documents/Seminar%202019/Fjerde%20universale%20definisjon%20av%20hjerteinfarkt_Norsk%20hjerteinfarktregister_271119%20Jørund.pdf
- Oftedal, L. (2020, 25. november). *Hjerte- og karsykdom er dødsårsak nummer én for kvinner i Norge*. Ambulanseforum. <https://ambulanseforum.no/artikler/tar-livet-av-flest-kvinner-men-oversees-ofte-av-helsevesenet>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Regjeringen. (2021, 3. oktober). *Etikk i forskningen*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Rosenfeld, A. G., Lindauer, A. & Darney, B. G. (2005). Understanding Treatment-Seeking Delay in Women with Acute Myocardial Infarction: Descriptions of Decision-Making Patterns. *American Journal of Critical Care*, 14(4), 285-293. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.4.285>
- Sjöström-Strand, A. & Fridlund, B. (2007). Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1003-1010. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.004>

- Strøm, M. S. & Raknes, G. (2021, 10. juni). *Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2020*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/#hjerter-og-karsykdommer>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tjordal, M. S. (2021, 12. oktober). *Hjerteinfarkt*. LHL. <https://www.lhl.no/hjerter-og-karsykdommer/hjerteinfarkt/#definition>
- Tonstad, S. (2021, 7. november). *Dyslipidemi*. Store Medisinske Leksikon. <https://sml.snl.no/dyslipidemi>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Underdal, H. (2013, 14. februar). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>
- World Health Organization. (2021, 11. juni). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2019). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.164-200). Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Sjekkliste kvalitativ artikkel

Artikkel: “Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction” av Arslanian-Engoren og Scott (2017).

Del A: Innledende vurdering			
	JA	NEI	UKLAR
1A - Er formålet med studien klart formulert?	Ja, studiens formål var å beskrive årsaker til forsinkelser i kvinners behandlingsbeslutning ved hjerteinfarkt.		
2A - Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja, kvalitativ metode er hensiktsmessig ettersom problemstillingen søkte svar det var nødvendig å innhente subjektive data på, derav kvinners egne meninger og opplevelser.		
3A - Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja, utformingen er hensiktsmessig da den systematisk tar for seg tema som svarer fortløpende til problemstillingen og har en samlet konklusjon avslutningsvis.		
4A - Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å beskrive problemstillingen?	Ja, kvinnene som ble intervjuet og inkludert i studien denne sekundæranalysen tok sikte fra oppfyller kravene om å være over 18 år, gjennomgått et hjerteinfarkt i løpet av de siste 2 år, ble behandlet i akuttmottak, forstod engelsk og ankom ikke via ambulanse.		
5A - Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja, dataene ble innhentet via muntlig beskrevne og lydregistrerte data fra fokusgrupper som ble transkribert og nøye gjennomgått flere ganger i etterkant. Problemstillingen ble besvart med summen av kvinnenenes uttalelser om faktorer som bidro til forsinkelser i å søke medisinsk behandling ved sine hjerteinfarkt.		

6A - Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja, forskerne påpeker at de ikke hadde noen vesentlige forhold til eller økonomiske interesser i kommersielle selskaper tilknyttet denne artikkelen.		
7A - Er etiske forhold vurdert?	Ja, i etterkant av hver fokusgruppe der kvinnenens muntlige beskrivelser ble lydregistrert fikk alle deltakerne mulighet til å avklare, bekrefte eller korrigere oppsummeringen. Alle studiens deltakere har bekreftet at det presenterte sammendraget fanget deres erfaringer.		
8A - Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja, det beskrives detaljert i kronologisk rekkefølge hvordan dataene ble innhentet, transkribert, gjennomgått, kvalitetssikret og godkjent. Subjektivt mener jeg dataene og analyseprosessen er ryddig og forståelig dokumentert.		
Del B: Hva er resultatene?			
9B - Er funnene klart presentert?	Ja, funnene er tydelig presentert i tabeller og avsnittsoverskrifter som svarer til problemstillingen.		
Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10C - Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Studios funn er nyttige da de belyser et tilsynelatende underforsket område som kan gi store kostander og konsekvenser for samfunnet og kvinner som rammes. Funnene fra studien belyser hva som forsinket kvinner i å kontakte medisinsk hjelp ved et hjerteinfarkt, og viser til eksempelvis misforståelse av symptomer. Ved å belyse slike funn i større grad på samfunnsbasis kan gjerne flere kvinner komme tidligere til behandling og bli observante på atypiske eller diffuse symptomer.		

(Helsebiblioteket, 2016)