



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Kvinneres tolkning av deres hjerteinfarkt/ Women's interpretation of their myocardial infarction

Camilla Hol og Amalie Samuline Håndlykken

Totalt antall sider inkludert forsiden: 72

Molde, 15.04.2015



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hans Inderhaug

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 12.03.15

Antall ord: 11.975

Sammendrag

Bakgrunn:

Hjerteinfarkt er en av de største dødsårsakene for menn og kvinner. Symptomene er tradisjonelt beskrevet etter hvite, middelaldrende menns symptomer og erfaringer. Kvinner kan ha vage og uvanlige symptomer på hjerteinfarkt.

Hensikt:

Hensikten med studien var å undersøke hvilken betydning kvinners tolkning av sine symptomer har for behandlingsforløpet.

Metode:

Litteraturstudie basert på 13 forskningsartikler.

Resultat:

Det ”typiske” symptombildet er en liten del av det spekter symptomer kvinner rapporterer. Brystsmertene var av ulik karakter, fra karakteristiske smerter med utstråling, ukarakteristiske og vage smerter, smerter i ulike deler av kroppen og ingen bryst smerter. En rekke prodromale symptomer var fremtredende hos kvinnene. Disse symptomene ble normalisert og relatert til andre årsaker. Kvinnens sykdomserfaringer spilte inn på tolkningen av deres nåværende symptomer, og mange kvinner så ikke på seg selv som en tilhører i ”risikogruppen” for hjerteinfarkt.

Konklusjon:

Ved kunnskap om kvinners symptomer og tolkning av deres symptomer kan helsepersonell bidra til å sikre at kvinner får best mulig behandling, informasjon og oppfølging. Kvinner har behov for mer kunnskap om symptomer de kan oppleve ved et hjerteinfarkt, risikofaktorer, arvelig disposisjon og hvor viktig et raskt behandlingsforløp er. Det er derfor viktig å forbedre de helseopplysningene som skal nå ut til kvinnene, slik at de kontakter helsevesenet på et tidligere tidspunkt når de opplever symptomer.

Nøkkelord

Kvinner, hjerteinfarkt, symptom, erfaringer, tolkning

Abstract

Background:

Myocardial infarction is one of the largest causes of death for men and women. The symptoms are traditionally described by white, middle-aged men's symptoms and experiences. Women may have vague and unusual symptoms of myocardial infarction.

Aim:

The purpose of this study was to investigate the significance of women's interpretation of their symptoms for treatment.

Method:

Literature study based on 13 research articles.

Results:

The "typical" symptom picture is a small part of the variety symptoms women report. Chest pain was of various kinds from characteristic onset pain, uncharacteristic and vague pain, pain in various parts of the body and no chest pain. A number of prodromal symptoms were prominent among women. These symptoms were normalized and related to other causes. The women's illness experiences influenced the interpretation of their current symptoms, and many women did not look at themselves as part of the "risk group" for myocardial infarction.

Conclusion:

By knowledge of women's symptoms and interpretation of their symptoms may healthcare professionals help to ensure that women receive the best possible treatment, information and follow-up. Women need more knowledge about symptoms they may experience with a myocardial infarction, risks, heredity and the importance of a rapidly treatment course. Efforts to improve health information that reaches out to women is important for the women to contact healthcare faster.

Keywords:

Women, myocardial infarction, symptom, experiences, interpretation

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	STUDIENS HENSIKT	2
1.3	PROBLEMSTILLING	2
2.0	TEORIBAKGRUNN	3
2.1	HJERTEINFARKT	3
2.2	MANNSSYKDOM VIS-Å-VIS KVINNESYKDOM	4
2.3	PREHOSPITAL FORSINKELSE	4
2.4	KUNNSKAP OG INFORMASJON	5
2.5	FOREBYGGENDE HELSEARBEID OG HELSEOPPLYSNING	6
3.0	METODEBESKRIVELSE	8
3.1	INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	8
3.2	DATAINNSAMLING/LITTERATURSØK	8
3.3	KVALITETSVURDERING OG ETISKE HENSYN	11
3.4	ANALYSE	12
4.0	RESULTAT	14
4.1	(BRYST)SMERTER AV ULIK KARAKTER	14
4.1.1	<i>“You know my pain was different...”</i>	14
4.1.2	<i>Stor variasjon i intensitet og varighet</i>	16
4.2	PRODROMALE SYMPTOMER	17
4.2.1	<i>En rekke symptomer over tid</i>	17
4.2.2	<i>Symptomer normaliseres</i>	20
4.3	TIDLIGERE SYKDOM SPILLER INN PÅ TOLKNING AV NÅVÆRENDE SYKDOM	21
4.4	IKKE EN DEL AV ”RISIKOGRUPPEN”	22
5.0	DISKUSJON	24
5.1	METODEDISKUSJON	24
5.1.1	<i>Datainnsamling/litteratursøk</i>	24
5.1.2	<i>Kvalitetsvurdering og etiske hensyn</i>	25
5.1.3	<i>Analyse og resultat</i>	27
5.2	RESULTATDISKUSJON	28
5.2.1	<i>Kvinnens symptomer på hjerteinfarkt</i>	28
5.2.2	<i>Individuell tolkning og prehospital forsinkelse</i>	30
5.2.3	<i>Økt kunnskap – bedre prognose?</i>	32
5.2.4	<i>Er kvinnen tilstrekkelig opplyst?</i>	33
6.0	KONKLUSJON	36
6.1	LITTERATURSTUDIENS KONKLUSJON	36
6.2	ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING	37
	LITTERATURLISTE	38

Vedlegg A: P(IC)O-skjema

Vedlegg B: Søkehistorikk i databasesøk

Vedlegg C: Oversikt over manuelle søk

Vedlegg D: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg E: Oversikt over tema og undertema med relevante funn

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

”Hjerteinfarkt er først og fremst en mannsdominert sykdom”, dette utsagnet er en myte. Hjerteinfarkt er en av de største dødsårsakene både for kvinner og menn (Løchen og Njølstad 2007). I følge norges helse statistikkbank var det, i 2012, over dobbelt så mange kvinner som døde av hjerteinfarkt enn av brystkreft (Folkehelseinstituttet 2014).

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at det i 2012 døde 17,5 millioner mennesker av hjertesykdom. Dette utgjør omkring 30 % av alle dødsfallene i verden. 7,4 millioner av disse menneskene døde av ischemisk hjertesykdom, imidlertid er tallene for hjerteinfarkt ikke anslått. Hjerte- og karsykdommer er nå den hyppigste dødsårsaken i både lav-, middel- og høyinntektsland (World Health Organization 2015). I følge Folkehelseinstituttet (2014) er hjertesykdommer den største dødsårsaken også i Norge. Hvert år er det om lag 12.000 – 15.000 mennesker som får hjerteinfarkt. Tett etter hjertesviktkomplikasjoner er hjerteinfarkt den nest største dødsårsaken innen hjertesykdommer med 2.740 dødsfall i 2013, deriblant var det 1.477 menn og 1.263 kvinner.

Det er kjent at kvinner ofte kan ha vage eller uvanlige symptomer på hjerteinfarkt. Dette kan være symptomer det ikke alltid er naturlig å knytte opp mot hjertesykdom (Eikeland 2010). Vi har begge møtt kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt i praksis, og vi ser at dette temaet er svært viktig å belyse. Ved å undersøke hvilke symptomer kvinner har ved hjerteinfarkt, kan vi som sykepleiere overføre denne kunnskapen til kvinner som kan være utsatt for å gjennomgå et hjerteinfarkt. I våre øyne kan det være alle kvinner. Vi valgte temaet kvinner og hjerteinfarkt da dette er et tema teorien ikke sier så mye om, og vi ser at kunnskap om temaet er viktig for først og fremst å bidra til at kvinnene kommer raskere til behandling og oppnår et bedre behandlingsresultat. Selv mener vi at dette er et veldig aktuelt tema som vi kommer til å møte i vårt arbeid som sykepleiere.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvilken betydning kvinners tolkning av sine symptomer har for behandlingsforløpet.

1.3 Problemstilling

Hvilke symptomer har kvinner som gjennomgår hjerteinfarkt?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en ischemisk hjertesykdom som vanligvis oppstår når en koronararterie tilstoppes, oftest grunnet trombedannelse i en forkalket og forsnevret koronararterie. Koronararteriene har som oppgave å tilføre hjertemuskelen oksygenrikt blod. Trombedannelsen skjer sekundært til aterosklerose. Den plutselige tilstoppingen av en koronararterie fører til at den tilhørende delen av hjertemuskelen ikke får tilført oksygen, og dør. En påfølgende betennelsesreaksjon inntreder der det døde muskelvevet erstattes av passivt bindevev, og hjertet vil være permanent svekket i større eller mindre grad (Jacobsen et. al 2012).

Symptomene ved hjerteinfarkt er beskrevet som et ”typisk symptombilde”, og er oftest beskrevet ut i fra middelaldrende menns opplevelser (Hølge-Hazelton og Malterud 2009). Det ”typiske symptombildet” innebærer karakteristiske klemmende brystmerter som ofte er intense og vedvarende. Smertene stråler ofte ut mot arm, skuldre og kjeve. Smertene kan variere både i styrke og lokalisering, og noen føler kun et lettere ubehag i brystet (Jacobsen et. al 2012). Graden av smerte er uavhengig av infarktets størrelse, da små infarkter kan gi store smerter og omvendt (Nasjonalforeningen for folkehelse 2014). Kvalme og brekninger opptrer ofte som tilleggs-symptomer. Det kan også forekomme ”stille infarkter” uten symptomer. Ved store hjerteinfarkter kan det oppstå dyspnè og/eller lungeødem, grunnet venstresidig hjertesvikt som følge av infarkt, samt arytmier som kan utløse syncope og hjertestans (Jacobsen et. al 2012).

Behandling av hjerteinfarkt omhandler iverksetting av akutte tiltak og reperfusjonsbehandling, og skal lindre, begrense hjerteinfarktets størrelse, samt forebygge og behandle komplikasjoner som kan oppstå. Ved akutte tiltak gis såkalt MONA behandling som innebærer morfin, oksygen, nitroglyserin og acetylsalisylsyre. MONA behandling gis i dag ofte allerede i ambulansen på vei til sykehuset, da tidlig behandling er svært viktig ved hjerteinfarkt. Reperfusjonsbehandling går ut på at man prøver å åpne karet som er blitt tilstoppet, og gjøres enten ved medikamenter (trombolyse) eller PCI (perkutan koronar intervensjon) (Jacobsen et. al 2012).

2.2 Mannssykdom vis-à-vis kvinnesykdom

Holmedal (2012) sier at sykdom er kjønnnet. Ulike sykdommer blir ofte betegnet som kvinnesykdommer og mannssykdommer. Denne kjønnsinndelingen av sykdommer kan knyttes til ulike, dels overlappende forklaringer. I noen av disse tilfellene er det en biologisk begrunnelse der ulike sykdommer rammer kjønnskjenetegnedede organer som bryst eller testikler. I andre tilfeller er det epidemiologiske grunner for karakteristikken, der det for eksempel er flere kvinner/menn som blir rammet av sykdommen (Holmedal 2012). Hjertet er et kjønnsnøytralt organ i den forstand at alle mennesker har det, og grunnen til at hjerteinfarkt ofte blir betegnet som en mannssykdom, må være begrunnet i en epidemiologisk karakteristik. Men selv om man ser at statistikken viser at det er flest menn som rammes av hjerteinfarkt, er andelen kvinner likevel også stor.

Til tross for at det er flere menn enn kvinner som blir rammet av hjerteinfarkt, er det de samme proporsjonene av menn og kvinner som dør av hjerteinfarkt. Prognosen for kvinner er dermed dårligere enn for menn. Hjerteinfarkt blir likevel sett på som en mannssykdom, og kanskje viktigere, blir hjerteinfarkt ikke oppfattet som en kvinnesykdom (Holmedal 2012). Hjertesykdom, og da spesielt hjerteinfarkt, innen medisinsk forskning, har stort sett et utvalg som består av hvite, middelaldrende menn som setter normen for pasienter av alle etnisiteter, alder og kjønn (Hølge-Hazelton og Malterud 2009). Dette har skapt en forestilling i folks bevissthet om at hjerteinfarkt er en mannssykdom. Dette inkluderer også medisinsk personell, lekfolk, forskere og ikke minst pasienten selv. Med tanke på at hjerteinfarkt er den hyppigste dødsårsaken også for kvinner, er det rart at den kvinnelige hjerteinfarktpasienten er en vanskelig forestilling (Holmedal 2012).

2.3 Prehospital forsinkelse

Nasjonalforeningen for folkehelse (2014) sier at man alltid skal ringe 113 når hjertet slår alarm, og om symptomene vedvarer eller forverrer seg i 5 minutter skal man kontakte helsevesenet straks.

Prehospital forsinkelse defineres som den tiden det tar fra symptomdebut til innleggelse på sykehuset, og består av to komponenter. Den første fasen vedrører tiden det tar fra symptomdebut til pasienten har kontaktet helsevesenet. Den andre fasen er transporttiden

fra helsevesenet er kontaktet til pasienten er ankommet sykehuset. "Pasientforsinkelser" er for det meste grunnet den totale prehospitale forsinkelsen. Denne forsinkelsen fører til at kun et fåtall av hjerteinfarktpasientene får et optimalt behandlingsforløp. Årsaken til prehospital forsinkelse kan være mange, og bestå av mange ulike komponenter (Løvlien 2010). I følge Løvlien (2010) kan forsinkelsesfaktorer være grunnet ulike faktorer hos den enkelte pasient: sosio- demografi, sykehistorie, tolkning av symptomer og sykdomsatferd.

Behandlingen av hjerteinfarkt omhandler akutte tiltak. Den mest kritiske fasen ved et hjerteinfarkt er veldig tidlig ved sykdomsstart. Jo raskere behandlingen blir gitt, desto større er effekten av behandlingen (Jacobsen et. al 2012). Konsekvensene for prehospital forsinkelse ved hjerteinfarkt kan være store og fatale, og derfor er tidsfaktoren svært kritisk. Et stort antall dødsfall kan forhindres med raskt innsettende behandling, helst i løpet av de to første timene etter hjerteinfarkt (Boersma 1996). PCI behandling krever kort transporttid på 60-90 minutter for å bli iverksatt. Trombolytisk behandling bør gis så raskt som mulig etter at diagnosen er satt (Jacobsen et. al 2012). Også her er tidsfaktoren viktig, og prehospital forsinkelse kan være et problem. Det er flere grunner til forsinkelser forut for behandlende tiltak. Det tar tid fra pasientene kjenner symptomene til de kontakter helsevesenet. Det tar tid fra slik kontakt er opprettet til ankomst i sykehuset, og innenfor sykehuset vil det gå en viss tid før behandling kan igangsettes (Ghanima et. al 2000).

2.4 Kunnskap og informasjon

Kunnskap dreier seg om noe som er nyttig i en sammenheng, og som er en viktig forutsetning for hvordan en foretar valg i møtet med utfordringer. Mangelen på relevant kunnskap kan innebære at en ikke er i stand til å løse oppgaver på en så tilfredsstillende måte som man hadde gjort om en hadde tilgang på kunnskapen (Lundesgaard 2005).

I noen grad vil en kunne si at ord som kunnskap og informasjon brukes om hverandre. Kunnskap dreier seg om innsikt av mer strukturell art, og dette er innsikt som gjerne er av mer permanent karakter; man lærer noe. Informasjon blir gjerne brukt i sammenhenger der en aktør blir opplyst på en måte som er mer situasjonsbetinget. Det aktøren blir opplyst om innebærer svært ofte kunnskap, og informasjonen bidrar til at aktøren lærer noe nytt slik at antakelsene blir oppdatert (Lundesgaard 2005). Eide og Eide (2007) beskriver at ved å gi hjelpende informasjon, kan sykepleier formidle kunnskap som pasienten har behov for og

er i stand til å ta imot. Informasjonen må tilpasses pasientens behov, og det krever omtanke. Det samme gjelder formidlingen. Informasjonen er ikke gitt før den er forstått. Pasienten skal både høre, forstå og huske det som er nødvendig, samt oppleve å bli ivaretatt på en god måte. Dette krever omtanke og forberedelser, og sykepleier har behov for kunnskap om informerende ferdigheter (Eide og Eide 2007).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er i utgangspunktet asymmetrisk. Sykepleiers sterkere posisjon skyldes ofte større kunnskap og kompetanse. Samtidig er det knapt noe pasienter verdsetter høyere enn informasjon, og det at de får anledning til å kommunisere med sine behandlere. Pasienter oppsøker gjerne helsevesenet fordi de ønsker kunnskap eller fordi de er bekymret for helsen sin. Helsevesenets oppgave vil da være å vurdere situasjonen, informere ved å dele sin kunnskap, slik at pasienten kan ta egne beslutninger og valg (Mæland 2005).

2.5 Forebyggende helsearbeid og helseopplysning

Forebyggende helsearbeid innebærer alle tiltak som blir gjennomført for å redusere risiko for sykdom eller for at hele eller deler av befolkningen øker sin mulighet for god helse. Forebyggende helsearbeid innebærer tre ulike tiltak; helsevern, helseopplysning og politikk for helse. Helseopplysning betegner alle former for kommunikasjon om helse og kan innebære alt fra konkrete anbefalinger til åpne diskusjoner om helseverdier. I det forebyggende helsearbeidet er helseopplysning et viktig virkemiddel, enten den er rettet mot enkeltpersoner, spesielle målgrupper eller befolkningen i sin helhet (Mæland 2005).

Innenfor helseforskning har kunnskapsutvikling både positive og negative sider for folk flest. Ved økt kunnskap om risikoforhold og sykdomsutvikling, gis det muligheter til fornuftige forebyggende tiltak, men samtidig kan det forårsake en psykologisk belastning. Helseopplysningens virkning avhenger av helseopplysningens kvalitet og kvantitet. Måltrettet og individualisert helseopplysning, som anvender toveiskommunikasjon og bruker flere typer påvirkninger, er mer effektivt enn enklere former for kommunikasjon. Virkningen av helseopplysningen vil også være avhengig av målgruppens egenskaper og situasjon. Mottageligheten for informasjon varierer ut i fra alder, kjønn, sosial bakgrunn, tidligere erfaringer, kunnskapsnivå og holdninger til helse (Mæland 2005).

Effekten av helseopplysningen er også avhengig av den sammenheng den skjer i. Pasientinformasjon i sykehus, legekantor og liknende kan bli hemmet av de mange forstyrrende faktorer i omgivelsene. Derfor finnes det mange fallgruver for helseopplysningsarbeidet, og flere av de mest ambisiøse og best planlagte intervensjonsstudiene av individrettet helseopplysning har ikke ført til forventede resultater. Mange setter derfor spørsmålstegn ved om helseopplysningen når frem dit den skal (Mæland 2005).

3.0 Metodebeskrivelse

I følge Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2014) skal bacheloroppgaven utføres i form av en systematisk litteraturstudie. En tydelig formulert problemstilling er utgangspunktet for en systematisk litteraturstudie, og den besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan legge grunnlaget for vurderinger og konklusjoner vil være en forutsetning (Forsberg og Wengström 2013). Metoden i hovedoppgaven skal være tydelig beskrevet slik at undersøkelsen skal kunne gjentas av andre. Metoden skal fremkomme på en tydelig måte gjennom å beskrive datainnsamlingen/litteratursøk, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analysen (Høgskolen i Molde 2014).

3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Litteraturstudien inkluderer kvinner over 18 år som har gjennomgått hjerteinfarkt. Vi ønsket å finne artikler med pasientperspektivet, og ikke eldre enn 5 år. Menn ble ekskludert da vi ønsket å undersøke hvilke symptomer kvinner har ved hjerteinfarkt. Vi inkluderte kun artikler som var norsk, svensk, dansk eller engelsk språklig. Vi ønsket en hovedvekt av kvalitative studier.

3.2 Datainnsamling/litteratursøk

I arbeidet om å utarbeide en god søkestrategi, begynte vi med å lese oss opp på temaet for å tilegne oss tilstrekkelig kunnskap for å begynne søkeprosessen. Etter at vi hadde bestemt oss for tema, og utarbeidet en problemstilling, utførte vi en del prøvesøk. Dette gjorde vi i september 2014, for å undersøke om det var tilstrekkelig forskning på temaet. I prøvesøkene brukte vi databasen Ovid Medline, og vi bestemte oss for å bruke denne databasen ved det endelige søket vårt.

Søkeordene tok utgangspunkt i innhentet bakgrunns litteratur og valgt problemstilling. Vi gikk systematisk gjennom alle søkeordene, og ekskluderte ulike søkeord som var irrelevante for problemstillingen eller som kunne legge føringer for søkeresultatet. Nye relevante søkeord ble inkludert. For å systematisere spørsmålet, satte vi søkeordene inn i et

PICO-skjema. Dette ga oss oversikt og la føringen for en god søkestrategi. PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2012). Litteraturstudiens problemstilling er ikke ute etter tiltak eller sammenlikning av tiltak, og derfor valgte vi å bruke P(IC)O-skjema (Vedlegg A). "Intervention (I)" og "comparison (C)" ble ekskludert.

P (patient/problem) omhandler hvilke pasient- eller hvilke pasientgruppe spørsmålet gjelder (Nortvedt et al. 2012). Vi kom frem til søkeordene "myocardial infarct* or heart attack* or MI".

O (outcome) omhandler hvilke utfall eller endepunkt som er av interesse, og hva det er med dette tiltaket som man ønsker å vurdere (Nortvedt et al. 2012). Vi kom frem til søkeordene "symptom*", "perception* or perceive*", "interpretat*" og "experienc*".

For å kombinere søkeordene brukte vi de boolske søkeoperatørene "AND" og "OR", der "AND" avgrenser søket og "OR" utvider søket (Forsberg og Wengström 2013). Kombinasjonen med OR brukte vi også med noen søkeord i P(IC)O-skjemaet (vedlegg A). Vi brukte trunkering på nesten alle søkeordene ("myocardial infarct*", "heart attack*", "symptom*", "perception*", "perceive*", "interpretat*" og "experienc*"), dette for å få et videre søk ved at søket nå inkluderte alle treff som inneholdt grunnstammen av ordet. Som eksempel gir søkeordet "experienc*" treff på "experiences" og "experienced". MeSH-termer (Medical Subject Headings) er Medlines navn for synonymordliste som kan anvendes i kombinasjon med søkeordene. Ved bruk av MeSH-termer sørger man for at synonymene til søkeordene blir med, noe som fører til flere treff og dermed gir et bredere søk (Forsberg og Wengström 2013). I søket kombinerte vi MeSH-termer sammen med fritekstord, og med søkeordene "myocardial infarct*" og "symptom*" brukte vi MeSH-termene "Myocardial Infarction/" og "Symptom Assessment/".

Søket ble utført i Ovid Medline 26. november 2014, etter veiledning fra bibliotekar. Vi la til "limit" for å avgrense søket ytterligere. Avgrensningene vi la inn var årstallet (2009-current), aldersgruppe ("young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle aged (45 plus years)") språk (Danish or English or Norwegian or Swedish) og kjønn (female). Vi ønsket å finne en hovedvekt av kvalitative studier og la inn begrensningen "qualitative" (maximizes sensitivity).

Søket vi gjennomførte 26. november 2014 i Ovid Medline gav 259 treff (vedlegg B). Vi leste overskriftene til alle artiklene, og leste gjennom sammendragene til 42 artikler som hadde overskrifter som var relevante for vår problemstilling. Vi utarbeidet et skjema for de 42 artiklene hvor vi noterte videre vurdering, inkludering og ekskludering. Vi skrev også opp hvordan vi fikk tak i de inkluderte artiklene enten ved at artikkelen var tilgjengelig i PDF-fil eller måtte bestilles via Oria, dato og hvilke nummer de var i søkeresultatet i Ovid Medline. Dette for at vi lett kunne finne artikkelen igjen i søkeresultatet. 9 av de 42 artiklene ble foreløpig inkludert ut i fra abstraktet, hvorav 6 artikler ble bestilt via Oria og de resterende 3 artiklene lå tilgjengelig i PDF-fil. 3 av artiklene var review artikler og ble derfor ekskludert og 1 artikkel ble ekskludert fordi den ikke svarte tilstrekkelig på problemstillingen vår. Vi hadde nå 5 artikler som var inkludert; 3 kvalitative og 2 kvantitative. Vi utførte det samme søket med samme søkeord og begrensninger i ProQuest 27. november 2014. Dette ga oss ingen artikler.

Litteraturstudien skal bygge på 10-15 innhentede forskningsartikler (Høgskolen i Molde 2014). Så langt i prosessen hadde vi bare 5 inkluderte artikler. For å finne flere artikler utførte vi en del manuelle søk. Forsberg og Wengström (2013) beskriver at manuell søking kan utføres på forskjellige måter. En av disse måtene er at man ser i referanselisten til en artikkel som berører problemstillingen, og vil med det finne andre artikler som også berører problemstillingen. 28. november 2014 utførte vi manuelle søk ved denne metoden. Vi fant tre nye artikler (McInnes 2006, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Khan et. al 2010) ved søk via to artikler vi allerede hadde inkludert (Isaksson et. al 2013, Mujtaba et. al 2012). De resterende 5 artiklene (Ruston og Clayton 2007, Sherrod McIntire 2011, Khan et.al 2013, Albarran et. al 2006, DeVon et.al 2008) fant vi ved manuell søking 12. desember 2014 via 3 ekskluderte artikler (Herning et. al 2010, Jackson og McCulloch 2014, Khan et. al 2010) som vi fant via søket i Ovid Medline 26. november 2014 (vedlegg C). Disse 8 artiklene søkte vi opp via Oria, og skrev dem ut da de var tilgjengelig som PDF-fil. Nå hadde vi til sammen 13 artikler til vår litteraturstudie som skulle kvalitetsvurderes, 7 kvalitative og 6 kvantitative.

3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Innhentede forskningsartikler skal være av god kvalitet, og de skal være originalartikler og refereevurdert. De ulike artiklene ble satt inn i en tabell (Vedlegg D). Informasjon om de ulike artiklene ble ført inn i tabellen fortløpende ettersom vi hadde lest dem. Begge leste gjennom alle artiklene, og så samarbeidet vi om å føre inn i tabellen.

Alle artiklene var skrevet på engelsk. Tre artikler var fra USA, tre fra England, tre fra Sverige, en fra Norge, en fra Pakistan, en fra Kina og en var utført i tre land; USA, Canada og Sveits. 8 av artiklene var fra de siste 5 år, fire fra 2013, en fra 2012, en fra 2011, en fra 2010 og en fra 2009. 5 artikler var eldre enn 2009; en fra 2008, tre fra 2007 og en fra 2006. I Nortvedt et. al (2012) fant vi en oversikt over databaser som skal være sikre med tanke på at artiklene er refereevurderte, og Ovid Medline er en av disse. Ut i fra det kunne vi anta at artiklene var på tilstrekkelig vitenskapelig nivå. For å kontrollere refereebestemmelsen til artiklene søkte vi opp artiklene i Database for statistikk om høgere utdanning (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2014). Alle de 13 artiklene var refereevurdert; tidsskriftet til 9 av artiklene var nivå 1 og tidsskriftet til 4 av artiklene var nivå 2. Nivå 2 er av høyest vitenskapelig nivå.

Nortvedt et. al (2012) anbefaler å bruke sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) for å vurdere vitenskapelige artikler. Disse sjekklister baserer seg på internasjonale verktøy for kritisk vurdering (Nortvedt et. al 2012), og inneholder en rekke kontrollspørsmål. Vi brukte disse sjekklister i vårt arbeid med kvalitetsvurdering, og 7 av artiklene ble kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitativ forskning, 3 artikler med sjekklister for prevalensstudie og 3 artikler med sjekklister for kohort studie. Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) anbefaler å gradere de ulike artiklene etter hvor mange kriterier i sjekklister som har det som ansees som "positivt svar". Graderingen gjøres ved at man tar antall "positive svar" i sjekklister og dividerer det med antall kriterier totalt i sjekklister. Dette gir et prosenttall. Graderingen kan gjøres tregradig, femgradig eller med en annen type skala (Willmann, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vi brukte en tregradig kvalitetsvurdering. Høy kvalitetsgrad innebærer 80-100% (Grad 1), middels kvalitetsgrad innebærer 70-79% (Grad 2) og lav kvalitetsgrad innebærer 60-69% (Grad 3). Alle artiklene våre ble vurdert til grad 1. Graderingen ble ført inn i skjemaet med oversikt over inkluderte artikler (vedlegg 4).

Ved arbeid med systematisk litteraturstudie bør etiske overveielser gjøres. Det er viktig å velge studier som har fått godkjenning av en etisk komite, eller der etiske overveielser er gjort. Resultatet skal gjengis korrekt, det vil si at man ikke skal gjøre om på resultatet slik at det støtter hensikten til forfatteren av litteraturstudien (Forsberg og Wengström 2013). Vår litteraturstudie er i tråd med dette. I de fleste av våre inkluderte artikler har alle deltagerne fått både skriftlig og verbal informasjon. All deltagelse ved hver enkelt studie var frivillig og de kunne når som helst trekke seg fra studien. Det ble gitt både skriftlig og verbalt samtykke fra deltagerne. Alle artiklene var etisk godkjent av en komité. Informert samtykke, krav til å bli korrekt gjengitt og krav til privatliv er tre grunnleggende krav som bør tilfredsstilles ved undersøkelser på andre mennesker (Jacobsen 2010).

3.4 Analyse

Evans (2002) beskriver at det er viktig å jobbe systematisk i analysearbeidet, og beskriver videre viktigheten med analyseringen. I litteraturstudien har vi tatt utgangspunkt i Evans' (2002) fire faser.

I den første fasen skal datamaterialet som skal analyseres samles inn (Evans 2002). Ved vår søkeprosess samlet vi inn datamaterialet som skulle analyseres. Vi har gjennom denne prosessen kvalitetsvurdert og tatt utgangspunkt i vår problemstilling når vi innhentet datamaterialet. Vi har også sett på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier ved innhenting. Vi fikk til sammen 13 artikler som innfridde våre krav. Vi nummererte alle artiklene med tallene 1-13.

I den andre fasen hentet vi ut artiklene i to eksemplarer slik at begge hadde hvert sitt eksemplar. Man skal i denne fasen identifisere hovedfunnene i hver artikkel (Evans 2002). Vi leste artiklene hver for oss. Vi markerte i artiklene hva vi mente var relevant for vår litteraturstudie med tanke på hensikt og problemstilling. Deretter diskuterte vi fortløpende det vi hadde streket under, og ble enige om hvilke hovedfunn som var relevante for vår litteraturstudie.

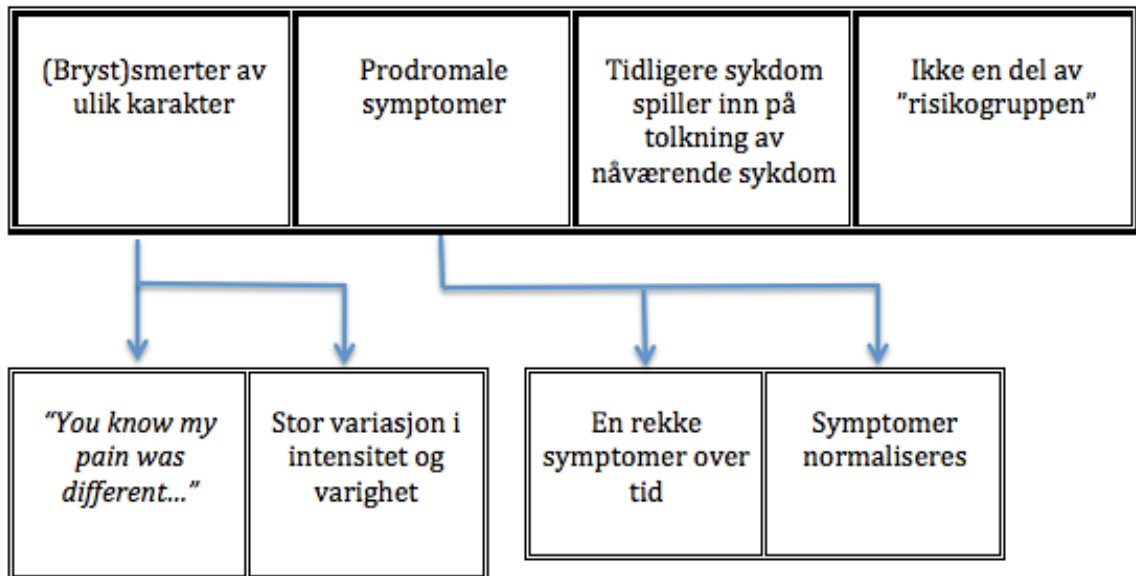
I den tredje fasen analyserte vi hovedfunnene som gikk igjen i hver enkelt artikkel. Evans (2002) beskriver at i denne fasen skal gjeldende tema analyseres og de aktuelle funnene

skal vurderes. Vi satt i felleskap og diskuterte hvilke funn hver av oss mente var viktige. Deretter merket vi disse med bestemte fargekoder som skulle beskrive hovedfunnene i hver artikkel. De funn som omhandlet det samme fikk lik farge. Vi ga også ulike sitater i artiklene fargekode etter hvilke funn og tema de tilhørte. Vi brukte ”post-it” lapper i ulike farger til dette arbeidet, samt komplementerende markeringstusjer.

Den fjerde og siste fasen til Evans (2002) består av en beskrivelse av fenomenet som har blitt funnet i hver enkelt artikkel. Ut ifra datamaterialet skal det også formuleres ulike temaer (Evans 2002). Vi samlet alle funnene på et A3 ark, hvor vi kategoriserte funnene etter fargekodene. Ved dette fikk vi en god oversikt, og det ble lettere å sammenfatte alle funnene etter ulike kategorier. Ut ifra dette laget vi et skjema med hovedtema og undertema (vedlegg E). 4 hovedtema med tilhørende 22 undertema ble identifisert, der undertemaene ble komprimert til 4 undertema. Konkrete funn med tilhørende sitater er markert på tilhørende ”post-it” lapper. Hovedtemaene er presentert i resultatdelen av litteraturstudien, og funnene kan være med å belyse resultatene av litteraturstudien på en god måte.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenterer vi våre funn i de 13 inkluderte artiklene. Denne modellen viser en oversikt over litteraturstudiens hovedtema med tilhørende undertema, som skal belyse litteraturstudiens hensikt og problemstilling.



Figur 1: Modell for litteraturstudiens tema og undertema

4.1 (Bryst)smerter av ulike karakter

4.1.1 "You know my pain was different..."

Brystsmerter var et av de mest fremtredende symptomene hos kvinnene som gjennomgikk hjerteinfarkt. De mest fremtredende beskrivelsene av brystsmertene var pressende smerter, tyngdefornemmelse, tretthetsfølelse og verkende smerter (MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008, Mujtaba et. al 2012, Khan et.al 2010).

Kvinnene opplevde varierende grad av brystmerter med ulike karakter, og mange kvinner hadde ikke typiske brystmerter men heller pressende- og trykkende følelse, krampe, stivhet og lett verk over brystet (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Mujtaba et. al 2012, Khan et. al 2010, DeVon et. al 2008). To av kvinnene i studien til Ruston og Clayton (2007, 1296) uttalte seg om opplevelsen av sine brystmerter "I wouldn't say it was pain... You know

my pain was different... It was cramp, more like stiffness different from what you would expect” og en annen kvinne uttalte “...it wasn’t a pain, but it was a sensation in my chest, it didn’t go away, it was just there... it was more of an ache- it was there all the time”. I studien til Khan et. al (2010) rapporterte 33% (n=64) av kvinnene at brystsmertene var atypiske eller fraværende. De atypiske symptomene ble beskrevet som en mer ubehagelig følelse i brystet i stedet for smerter, der ubehaget besto av pressende, klemmende og murrende følelse.

Mange kvinner rapporterte også at de hadde karakteristiske akutt innsettende brystmerter, sentrert midt i brystet. Gjerne etterfulgt av utstrålende smerter til venstre skulder og arm (Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Mujtaba et. al 2012). En kvinne i studien til MacInnes (2006, 283) beskriver sine akutte innsettende brystmerter som en smerte man aldri før kan ha opplevd ”...this was such a mega pain. I don’t think you could have anything like it in you’re life. It felt like a truck being driven over my chest”. 4/9 kvinner i studien til Davies et. al (2013) hadde akutte innsettende brystmerter med påfølgende smerter i nakke, venstre skulder, arm og albue. Disse kvinnene var ikke i tvil om at de måtte kontakte helsevesenet.

It was just as though someone had punched me in the chest. I knew it was serious; it wasn’t a bit like indigestion or anything. It was almost as though somebody had just hit me it was so sudden... So I knew something was wrong so I dialled 999 (MacInnes 2006, 284).

Flere kvinner hadde smerter i ulike deler av kroppen. Disse smertene kunne være både i kombinasjon med brystmerter og uten brystmerter. Kvinnene rapporterer smerteopplevelse av ulik karakter i mange deler av kroppen som armer, hals, nakke, skuldre, øvre- og nedre rygg og mage. (MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Khan et. al 2010, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008). Smerter som lett assosieres med andre sykdommer som er mindre ”farlige”.

I had pain in my stomach and found it a very strange pain because I had not experienced it before. It was under the right ribs and so I thought, ”Oh well, I must have gallstones (Isaksson et. al 2013, 363).

Urovekkende mange kvinner gjennomgikk et såkalt ”stille hjerteinfarkt” (McInnes 2006, Davis et. al 2013, Berg et. al 2009, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008, McIntire 2011). I studien til Khan et. al (2013) var det 19% (n=305) av kvinnene som ikke hadde brystmerter, og disse kvinnene hadde en tendens til å ha få eller lite symptomer generelt. Også i studien til DeVon et. al (2008) var det 21% (n=112) av kvinnene som rapporterte at de ikke hadde noen opplevelse av brystmerter. Brystmerter var det symptomet som var rapportert minst blant kvinnene i studien til McIntire (2011), der det var 84,7% (n=13) som rapporterte at de ikke hadde brystmerter ved sitt hjerteinfarkt. I studien til MacInnes (2006) var det tre av ti kvinner som hadde ”stille” hjerteinfarkt. ”I didn’t have any pains. I just felt very, very restless. I was all fidgety and that was unlike me (MacInnes 2006, 283).

4.1.2 Stor variasjon i intensitet og varighet

I kvinnenes smerteopplevelse var det individuelle forskjeller på intensitet og varighet. De mest fremtredende beskrivelsene var fluktuerende smerter og kontinuerlige smerter, der varigheten var varierende (Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Mujtaba et. al 2012).

Mange kvinner rapporterte at de hadde fluktuerende smerter med høy intensitet i perioder, men også perioder med avtagende smerter (Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Mujtaba et. al 2012). I studien til Mujtaba et. al (2012) var det 53 % (n=207) av kvinnene som rapporterte at de hadde varierende grad av smerter som var fluktuerende, nesten tilsvarende tall kom frem i studien til Berg et. al (2009) der det var 48 % (n=52) som rapporterte at de hadde fluktuerende smerter. En kvinne i studien til Davis et. al (2013, 431) beskriver hvordan hennes brystmerter opptrådte fluktuerende “My chest would just hurt bad...it finally went away. And then about 10 min later, it comes again... Just wham. It was actually more intense”. Noen kvinner kunne også oppleve fluktuerende brystmerter i en lengre periode før hjerteinfarkt, opp til flere dager (Sjöström-Strand og Fridluns 2007).

Flere kvinner beskrev sine brystmerter som kontinuerlige (Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Mujtaba et. al 2012). Smertene hadde en raskt økende intensitet i løpet av sekunder, minutter eller timer. Smertene ble beskrevet som svært intense, men kunne

varierte noe fra kvinne til kvinne (Isaksson et. al 2013). I studien til Berg et. al (2009) var det 50 % (n=52) av kvinnene som beskrev sine bryst smerter som kontinuerlige, og i studien til Mujtaba et. al (2012) hadde 47% (n=207) av kvinnene kontinuerlige smerter.

Varigheten av brystsmertene var svært varierende. I studien til Mujtaba et al. (2012) var det 44 % (n=207) av kvinnene som hadde bryst smerter i under en time, 27,5 % av kvinnene hadde bryst smerter i en til seks timer og 28,5 % hadde bryst smerter i mer enn seks timer. Kvinnene i studien til Berg et. al (2009) hadde bryst smerter med en gjennomsnittlig varighet på 15 timer og 45 minutter. Varigheten av brystsmertene inkluderer både de kvinnene som hadde fluktuerende smerter og de som hadde kontinuerlige smerter. En kvinne i studien til Sjöström-Strand og Fridluns (2007, 1005) hadde fluktuerende smerter i 10-14 dager før hjerteinfarkt.

I can say that I had intermittent pain in the breast and sense of not feeling good at least over a period of ten or fourteen days before the MI. It started when I was out walking with my dog. It was windy and the pain occurred in the middle of the scapulas. It was very unpleasant, like a strain, and I felt both stressed and very scared (Sjöström-Strand og Fridluns 2007, 1005).

4.2 Prodomale symptomer

4.2.1 En rekke symptomer over tid

Opplevelse av en rekke prodromale symptomer ble rapportert hos svært mange kvinner (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Løvlien et. al 2009, Sherrod McIntire 2011, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008). Disse symptomene var ofte vage, og det skapte usikkerhet blant kvinnene, noe som gjorde det vanskelig å identifisere dem (Daves et. al 2013). Det var 5 prodromale symptomer som gikk igjen i flere artikler, og som dermed ble mer fremtredende enn andre.

Tungpust var det symptomet som gikk mest igjen, og ble gjentatt i 10/13 studier (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Isaksson et. al 2013, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Løvlien et. al 2009, Mujtaba et. al 2012, Sherrod McIntire 2011,

Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008). Tungpusten forverret seg ofte ved fysisk aktivitet. "I was walking along then...I got a bit breathless...(Albarran et. al 2006,1295)." En kvinne i studien til Sjöström-Strand og Fridluns (2007, 1006) beskriver hvordan hun opplevde sin tungpust: "I thought that it was an allergic shock, I had difficulties breathing, and I was so afraid and scared I thought that I was dying" Noen kvinner hadde vanskeligheter med å oppfatte tungpusten sin, og en kvinne i studien til Isaksson et. al (2013, 363) ble først oppmerksom da hennes datter kommenterte det. "Why are you breathing so heavily, Mom?"

Mange kvinner hadde symptomer i form av ubehag i nakke, rygg, mage, skuldre og armer. Ubegaget besto ofte av kribling, prikking, tyngdefornemmelse og nummenhet, og ble beskrevet som en rar eller merkelig følelse (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand, Løvlien et. al 2009, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008).

I had funny feelings in my neck, I couldn't put my finger on it...but it would go up my neck and in my jaw and perhaps just in to the shoulder, only for a while and then it would go (Albarran et. al 2006, 1296).

Fatigue var et fremtredende symptom hos kvinnene (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Isaksson et. al 2013, Sjöström-Strand 2007, Løvlien et. al 2009, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008). Fatigue ble beskrevet som uspesifikke ubehag i ulike deler av kroppen med svakhetsfølelse, tretthet, uvelhet, slapphet samt tiltaksløshet. I studien til Løvlien et. al (2009) var fatigue det symptomet som hadde høyest forekomst, da 68 % (n=149) av kvinnene rapporterte dette. En kvinne i studien til Isaksson et. al (2013, 363) beskriver hennes opplevelse av fatigue. "It was like my body had turned to jelly. I tend to not be listless, but I was. I felt like everything was a burden and hard work, and I didn't feel alert".

Det symptomet som var mest urovekkende for kvinnene var ofte svetting, og det var gjentagende i 7/13 studier. Svetteingen ble beskrevet som voldsom og ekstrem, og flere kvinner beskriver at de ble våt over hele kroppen (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Mujtaba et. al 2012, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008).

“Then it started, the sweating. Oh, you’d thought I’d just come out of a shower. I was saturated. My hair was soaking wet” (MacInnes 2006, 283). Også kaldsvette inkluderes under svetting, og ekstrem kaldsvette ble betegnet av mange av kvinnene som et svært urovekkende symptom.

Well I got out of bed, well I felt myself, felt it coming on. I had gone downstairs and sat in a chair and broke out in a cold sweat which is a sure indication that something is really not right - cold sweat – I always know that that’s serious when that happens (Ruston og Clayton 2007).

Kvalme var også et symptom som gikk igjen, og det var særlig nevnt som fremtredende i den akutte fasen rett før hjerteinfarkt (Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Berg et. al 2009, Mujtaba et. al 2012, Sherrod McIntire 2011, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008). I artikkelen til Berg et.al (2009) var kvalme det symptomet som var det nest mest dominerende symptomet, etter brystmerter, da 53,8 % (n=52) av kvinnene rapporterte dette. I studien til Albarran et. al (2006) var kvalme det mest vanlige symptomet i den akutte fasen, og førte ofte til videre svimmelhet, svetting og oppkast.

De prodromale symptomene var tilstedeværende over lengre tid før hjerteinfarkt (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Davis et. al 2013, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Løvlien et. al 2009, Sherrod McIntire 2011). Det var store individuelle forskjeller på når kvinnene hadde symptomstart i forhold til når hjerteinfarkt inntraff. Denne tidsperioden kunne variere fra timer, dager og uker før hjerteinfarkt, og mange kvinner hadde symptomer flere måneder opp til 1 år før hjerteinfarkt. I studien til Løvlien et. al (2009) var det blant annet 84 % (n=149) av kvinnene som rapporterte at de opplevde prodromale symptomer i en tidsperiode på 1 år før hjerteinfarkt.

Kvinnene opplevde at de prodromale symptomene forverret seg over tid med intervaller (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013). Kvinnene oppdaget gjerne små forandringer og utydelige fysiske symptom til å begynne med, som gradvis forverret seg med tiden, og det ble dermed lettere for kvinnene å identifisere symptomene. Noen kvinner merket stadig nye symptomer for hver gang (Ruston og Clayton 2007, Davis et. al 2013) Mange kvinner hadde også tilstedeværende flere symptomer samtidig (MacInnes 2006, Berg et. al 2009, Løvlien et. al 2009, Khan et.

al 2013). I studien til Berg et. al (2009) var det blant annet 73 % (n=52) av kvinnene som rapporterte at de opplevde flere enn 3 tilstedeværende symptom forut for hjerteinfarkt. I studien til Khan et. al (2013) var det 30,8 % (n=305) av kvinnene som hadde tilstedeværende flere prodromale symptomer forut for hjerteinfarkt, hvorav 17 % hadde 3-7 symptomer, 8,5 % hadde flere enn 7 symptomer og 5 % hadde 1-2 symptomer.

Mange kvinner opplevde at disse symptomene hadde en rask økning i den akutte fasen, der symptomene ble tydelig forverret i løpet av timer eller dager. Kvinnene beskrev samme type symptomer men nå mer framtrødende "I thought it was pretty good in the morning, so we went shopping, but when we were almost at the counter I began to feel worse and worse" (Isaksson et. al 2013, 363).

4.2.2 Symptomer normaliseres

Til tross for at kvinnene hadde en rekke symptomer før hjerteinfarkt, var det svært gjentagende at kvinnene normaliserte symptomene og relaterte dem til andre årsaker (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Sherrod McIntire 2011, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Davis et. al 2013, MacInnes 2006). Ved dette hadde kvinnene en tendens til å selvdiagnostisere seg selv, og konkluderte med at symptomene ikke var tegn på noe alvorlig men heller skyltes andre lidelser, kroppsvekt, livsstil, aldring og liknende.

You start self-diagnosing in your mind. Maybe it's not (your) heart, maybe it's your lung collapsing with the right side (hurting) instead of the left side. I didn't really know what to think (Davis et. al 2013, 432).

Flere kvinner var også overbeviste om at symptomene var noe som ville gå over om de bare hvilte en stund.

I was saying to myself that this will pass if I just rest for a while, although the symptoms continued and became worse. I tried all the time telling myself that this is not serious and I couldn't believe that there were something wrong with my heart (Sjöström-Strand og Fridluns 2007, 1006).

Mange kvinner så ikke behov for å søke medisinsk hjelp, da de følte at symptomene de hadde ikke var tilstrekkelige og alvorlige nok (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006). Symptomene var ikke slik kvinnene hadde sett for seg et hjerteinfarkt skulle være. Fravær av såkalte klassiske symptomer ved hjerteinfarkt førte til at flere av kvinnene bagatelliserte sine symptomer (Albarran et. al 2006, MacInnes 2006).

The only symptom that I had was that I felt as if my heart was thumping out of my chest and I couldn't breath. I didn't realise then that it was a heart attack. I thought that with a heart attack you would have severe chest pains like my sister did, but evidentially it doesn't take everybody in the same way (MacInnes 2006, 284).

4.3 Tidligere sykdom spiller inn på tolkning av nåværende sykdom

Det viser seg at kvinnes tidligere erfaringer med sykdom spiller inn på tolkningen av deres symptomer ved hjerteinfarkt (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Isaksson et. al 2013, Sjöström-Strand og Fridluns 2007).

Kvinner som hadde tidligere erfaring med hjertesykdommer, og som har kroniske hjertelaterede lidelser, gjenkjente ofte symptomene, noe som førte til at de søkte medisinsk hjelp raskere (Ruston og Clayton 2007, MacInnes 2006). En kvinne i studien til MacInnes (2006, 284) hadde tidligere erfaring med hjerteinfarkt "I knew it was another one (MI) so I shouted to my husband straight away". En kvinne i studien til Ruston og Clayton (2007) som gjennomgikk sitt første hjerteinfarkt hadde tidligere erfaringer med angina pectoris, og sammenliknet sine nåværende symptomer med symptomene hun hadde ved et anginaanfallet. Hun konkluderte med å søke medisinsk hjelp, da hun tolket sine nåværende symptomer som mer alvorlige.

I've had heart problems, I suffer with angina; dizziness, can't breath, can't walk. I find it hard to walk and breath at the same time and I keep coming all over like sharp pains... usually with angina I just stay at home (Ruston og Clayton 2007, 324).

De kvinnene som tidligere hadde erfaringer med andre kroniske sykdommer og andre lidelser relaterte sine nåværende symptomer til dette (Ruston og Clayton 2007, Albarran

et. al 2006, MacInnes 2006, Sjöström-Strand og Fridluns 2007). En kvinne i studien til Albarran et. al (2006, 1296) beskriver hvordan hun relaterte sine smerter i armen til leddgikten. ”I’ve got arthritis you see and I just put it down to, you know, using that arm a bit too much and it got a bit painful”. Å skylde på andre årsaker som var mer naturlige, alder, stress, for mye jobb og liknende, var også fremtredende hos kvinnene. De ønsket å finne en ”naturlig forklaring på sine symptomer” (Albarran et. al 2006, Isaksson et. al 2013, Sjöström-Strand og Fridluns 2007). I studien til Isaksson et. al (2013) var det ingen av kvinnene som trodde at symptomene de opplevde kunne komme fra hjertet. Alle prøvde å finne mer naturlige årsaker. En kvinne hadde ubehag og press i brystet, og relaterte det til at hun hadde for stram bh på seg. “I had to unhook my bra because I felt such pressure crowding in and I thought it was because my bra was too tight” (Isaksson et. al 2013, 364). En kvinne i studien til MacInnes (2006) relaterte sine symptomer med en gang til fordøyelsesproblemer. ”I’d woken up with these pains and they were bad enough to wake me up, but I didn’t know whether I’d got indigestion (MacInnes 2006, 285)”. Å bagatellisere symptomene og relatere dem til andre årsaker førte til at kvinnene søkte medisinsk hjelp senere.

I tried to convince myself that it was probably something else, which might pass if I rest for a while or try to sleep, but the symptoms just continued. It was very important for me to avoid thinking that it could be something serious. I needed the time to think about my situation before I could call the ambulance (Sjöström-Strand og Fridluns 2007, 1007).

4.4 Ikke en del av ”risikogruppen”

Kvinnene så ikke på seg selv som en tilhører i ”risikogruppen” for hjerteinfarkt (Albarran et. al 2006, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Sherrod McIntire 2011). Kvinnene så på seg selv som for sunne, spreke og for unge for å få et hjerteinfarkt. ”I thought that only elderly people would have an MI like my parents or my grandparents. I am only 38 years old, much too young for having an MI (Sjöström-Strand og Fridluns 2007, 1006)”. Kvinnene ble overrasket da de ble diagnostisert med hjerteinfarkt. “I was never ill... we walk and go to the gym once a week...I was shocked... I’m too young for that sort of thing (Albarran et. al 2006, 1297)”. Flere kvinner hadde også vanskeligheter med å

akseptere diagnosen de nå hadde fått, da de var så sikre på at de ikke var i ”risikogruppen” for hjerteinfarkt (Sherrod McIntire 2011, Albarran et. al 2006).

Of course, heart attack or something like that happens to other people... Well mostly older people... I was surprised because I've been healthy all my life... I did exercising and I've been gardening and sorts... I haven't smoked now for 25 years... People say that my husband and I are young for our age and we get about and you know I just never thought that (a heart attack) was going to happen to me (Albarran et. al 2006, 1297-1298).

Tross tilstedeværelse av risikofaktorer som diabetes, hypertensjon, tidligere hjertesykdom og lignende, så ikke kvinnene på seg selv som en del av ”risikogruppen” for hjerteinfarkt. I studien til MacInnes et. al (2006) var det ingen av kvinnene som trodde de hadde risiko for hjerteinfarkt, til tross for en rekke risikofaktorer, selv om symptomene fortsatte og ble stadig verre og verre. Flere kvinner var også klar over at de var arvelig disponert for hjerteinfarkt, men likevel så de ikke på seg selv som en del av ”risikogruppen” og greide ikke å koble sine symptomer til et mulig hjerteinfarkt.

In my family there is also a family history of MI. My mother, grandmother and grandfather died from MI. In addition, I have had many concerns about arrhythmic problems I had ten or fifteen years ago. But I must say that I could not associate this tiredness, shortness of breath and the pain with a myocardial infarction (Sjöström-Strand og Fridluns 2007, 1006).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi har hatt et nært og godt samarbeid i arbeidsprosessen med vår litteraturstudie, der vi har arbeidet kontinuerlig gjennom hele prosessen. Vi har ført logg for hver arbeidsdag for å få en systematisk orden og oversikt over vår arbeidsprosess. Dette fant vi svært nyttig senere i arbeidet, da det var lett å se sammenhengen i det vi hadde gjort, og det ble særlig et verktøy for kvalitetssikring av vårt metodekapittel. I metodediskusjonen vil vi diskutere styrker og svakheter i vår litteraturstudie på bakgrunn av inklusjon- og eksklusjonskriterier, datainnsamling/litteratursøk, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse.

5.1.1 Datainnsamling/litteratursøk

Det var en utfordring å utarbeide gode inklusjon- og eksklusjonskriterier. Aldersgruppen vi ønsket å undersøke var særlig vanskelig å begrense, og det endte med at vi begrenset til eldre enn 18 år ved alternativene ("young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle aged (45 plus years)") under "additional limits" i database Ovid Medline. Vi ser på en bred aldersgruppe som en styrke for vår oppgave, da litteraturstudien rommer et bredt spekter av kvinner i alle aldre. Vår litteraturstudie kan ved dette være relevant for svært mange kvinner.

Vi diskuterte og gikk systematisk igjennom hvilke søkeord vi skulle bruke, og satte deretter søkeordene inn i et P(IC)O-skjema. Vi la ned et grundig arbeid i utarbeidelsen av et godt P(IC)O-skjema, noe vi mener gjorde søkene våre nøyaktige og presise. Vi valgte å ikke bruke "women" som søkeord, da vi la det inn som "limits" i stede. Vi kunne muligens funnet flere artikler om vi hadde variert med flere søkeord. Dette kan være ord som *diseas**, *react**, *act** eller *dealing**.

Vi utførte et hovedsøk i Ovid Medline, som gav oss 5 inkluderte artikler. Dette kan være en svakhet for litteraturstudien da flere søk kunne resultert i flere artikler. Imidlertid utførte vi et søk i ProQuest 27. november 2014, men dette ga oss ingen artikler. For å finne flere artikler utførte vi en del manuelle søk. Manuellsøkingen utførte vi i tråd med metoden som blir beskrevet av Forsberg og Wengström (2013). Etter 8 manuelle søk hadde vi 13

inkluderte artikler. Et stort antall manuelle søk kan være en svakhet for litteraturstudien da søk via database hadde gitt en mer ryddig søkeprosess, og det ville blitt enklere for andre å gjenta undersøkelsen. Ved manuell søking er vi i tråd med metoden som er beskrevet av Forsberg og Wengström (2013), og det er imidlertid en styrke.

Søkehistorikken ble kontinuerlig lagret for hvert søk og oppdatert med notater. Dette ser vi som en styrke ved litteraturstudien, da det gjorde det enkelt for oss å gå tilbake til aktuelle søk og tilhørende notater. Også ved de manuelle søkene skrev vi søkehistorikk for hånd, der det var enkelt å gå tilbake til søket og de ulike artiklene som manuelle søkene ble utført via. Relevante artikler ble bestilt fortløpende, og det ser vi på som en styrke da det effektiviserte søkeprosessen. Alle søkene med tilhørende artikler ble lagt inn i en ringperm med skillerark, der hvert søk fikk hvert sitt rom. Dette ga god orden på papirene, noe som anses som en stor fordel.

Litteraturstudiens resultat skal baseres på 10-15 originale forskningsartikler (Høgskolen i Molde 2014). I vår søkeprosess samlet vi inn 13 forskningsartikler, som skulle underbygge vår hensikt og problemstilling med aktuelle funn. Vi mener 13 artikler er tilstrekkelig for å besvare vår hensikt og problemstilling, men 15 artikler kunne avdekket flere funn og dermed utvidet resultatet.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi leste grundig gjennom alle artiklene hver for oss, dette ser vi som en styrke for artiklene ble fortløpende ført inn i en tabell i samarbeid (vedlegg D), etterhvert som vi hadde lest dem. Dette anser vi som en styrke for oppgaven da vi samtidig diskuterte innholdet i artiklene og kunne gi tilbakemeldinger til hverandres arbeid.

Det viste seg at dette temaet ble mye forsket på i 2004-2007, og dermed var det en utfordring å finne tilstrekkelig antall artikler av nyere dato. 8 av artiklene var fra de siste 5 år, fire fra 2013, en fra 2012, en fra 2011, en fra 2010 og en fra 2009. 5 artikler var eldre enn 2009; en fra 2008, tre fra 2007 og en fra 2006. Vi valgte å inkludere disse artiklene til tross for eldre dato, da vi vurderte dem som svært aktuelle for litteraturstudien ved at de svarer godt på problemstillingen vår og funnene i disse artiklene er i samsvar med funnene

fra de artiklene som er fra de siste 5 år. Et stort antall eldre artikler kan være en svakhet for litteraturstudien da nyere forskning er mer aktuell for dagens kvinner.

Det må tas høyde for muligheter for feiltolking i arbeidet med å oversette artiklene, da alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk. Denne faren for feiltolking kan være en svakhet for oppgaven, da flere engelske ord og utsagn kan ha ulik betydning på norsk. Litteraturstudien skal ha betydning for sykepleieutdanning og yrkesfunksjon (Høgskolen i Molde 2014). Innhentede artikler var fra 7 ulike land; USA, England, Sverige, Norge, Pakistan, Kina og Canada. Pakistan og Kina er land som er svært forskjellig fra Norge både innen kultur og helse. Likevel valgte vi å inkludere disse artiklene da vi ikke undersøker helsesystemet, behandling og liknende, men kvinners individuelle opplevelser. Dette ser vi som en styrke ved litteraturstudien da vi får et bredt spekter av kvinner i ulike kulturer, men det må tas høyde for kulturforskjeller.

Vi brukte standardiserte sjekklister fra Kunnskapssenteret for kvalitetsvurderingen, noe som kan styrke troverdigheten. Ved referebedømming av artiklene fant vi ut at tidsskriftet til 9 av artiklene var nivå 1 og tidsskriftet til 4 av artiklene var nivå 2. Vi graderte også artiklene etter anbefaling av Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) der alle artiklene er gradert til grad 1. Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) har utarbeidet egne sjekklister til dette arbeidet. Da vi har mer erfaring med sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) valgte vi å heller bruke disse sjekklister ved graderingen. At alle artiklene er av tilstrekkelig vitenskapelig nivå er en styrke ved litteraturstudien, og graderingen kvalitetssikrer artiklenes vitenskapelige nivå.

I vår litteraturstudie inkluderer vi både kvalitative og kvantitative studier. Dette ser vi som en styrke da kvantitative data underbygger de kvalitative data og funnene blir ved det mer troverdige. Noen av artiklene omhandler kjønnsforskjeller. Siden vi har ekskludert menn, brukte vi heller ikke funnene om menn i de aktuelle artiklene. Dette kan være en svakhet for litteraturstudien da disse artiklene ikke har hovedfokus på kvinnene og feiltolking fra vår side må også tas høyde for. Alle artiklene har et pasientperspektiv, og dette er en styrke for litteraturstudien da det komplementerer med vår hensikt og problemstilling.

Under hele skriveprosessen hadde vi fokus på å ivareta etiske hensyn. En styrke ved litteraturstudien er at alle artiklene er etisk godkjent av en komité. All deltagelse var

frivillig og det ble innhentet skriftlig og muntlig samtykke fra deltagerne. Vi hadde fokus på at kvinnene skulle bli korrekt gjengitt i vår litteraturstudie. Sitater og funn som er tatt ut av en større sammenheng kan feiltolkes dersom de står i en større kontekst (Forsberg og Wengström 2008), og i vår litteraturstudie har vi gjort alt vi kan for å være i tråd med dette selv om det må tas høyde for feiltolkninger. Vårt fokus på å ivareta etiske hensyn ser vi som en styrke for litteraturstudien.

5.1.3 Analyse og resultat

Ved bruk av Evans' (2002) fire faser i analysearbeidet ble arbeidet vårt systematisert, og det er en styrke ved litteraturstudien. Et godt utgangspunkt for analyseprosessen var god bakgrunnsteori og en ryddig søkestrategi. Å lese artiklene hver for oss, for så å diskutere dem kontinuerlig i fellesskap skulle vise seg å være en god strategi for å formulere tema og undertema. For å strukturere funnene leste vi artiklene flere ganger, noe som kvalitetssikret at alle aktuelle funn ble tatt med.

Å strukturere funnene etter fargekoder med bruk av "post-it" lapper og markeringstusjer gjorde at vi fikk god oversikt over de ulike tema som utformet seg etter funnene. Ved å fordele "post-it" lappene på A3 ark, og notere ned tilhørende sitater ga dette oss en ytterligere oversikt. Denne teknikken for å strukturere tema og undertema av funn, ser vi som en styrke for litteraturstudien, og det gjorde det lett å identifisere funnene og hvilke artikler de stammet fra. Dette ble en fordel i arbeidet med å henvise til rett kilde.

Til slutt sammenfattet vi de identifiserte tema og undertema i en modell (figur 1) som viser en oversikt over litteraturstudiens hovedtema med tilhørende undertema, som skal belyse litteraturstudiens hensikt og problemstilling. Dette er en styrke da det gir leserne en rask oversikt over litteraturstudiens resultat, og teksten i resultatkapittelet følger modellens oppbygning, noe som bygger opp en bredere forståelse hos leseren.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilken betydning kvinners tolkning av sine symptomer har for behandlingsforløpet. Ved å undersøke hvilke symptomer kvinner har ved hjerteinfarkt og hvordan de tolker sine symptomer kan dette bidra til bedre prognose og dermed bedre behandlingsresultat.

5.2.1 Kvinners symptomer på hjerteinfarkt

Holmedal (2012) sier at sykdom er kjønnnet. Hjerteinfarkt blir sett på som først og fremst en mannssykdom, men det er en av de største dødsårsakene både for menn og kvinner (Løchen og Njølstad 2007). Symptomer på hjerteinfarkt er tradisjonelt beskrevet etter hvite, middelaldrende menns symptomer og erfaringer (Hølge-Hazelton og Malterud 2009), og blir sett på som et "typisk symptombilde" (Jacobsen et. al 2012). Slik kunnskap kan prege sykepleiers observasjon og oppfatning av pasientens symptomer, og dette kan skape en stereotypisk pasientgruppe. Det kan føre til at sykepleier kun ser etter de typiske symptomene, og ikke fanger opp andre symptomer som kan være aktuelle for pasienten. Litteraturstudien viser at kvinners symptomer på hjerteinfarkt innebærer mye mer enn det "typiske symptombildet".

Brystsmerter blir tradisjonelt sett på som det mest fremtredende symptomet ved hjerteinfarkt (Jacobsen et. al 2012). Litteraturstudien viser at brystsmerter også var det mest fremtredende symptomet hos kvinnene som gjennomgikk hjerteinfarkt (MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008, Mujtaba et. al 2012, Khan et.al 2010). Mange kvinner i litteraturstudien hadde et "typisk symptombilde" som er i tråd med litteraturen (McInnes 2006, Davis et. al 2013, Albarran et. al 2006), men likevel var det også mange kvinner som opplevde varierende grad av brystsmerter med ulik karakter (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Mujtaba et. al 2012, Khan et. al 2010, DeVon et. al 2008).

Litteraturen beskriver at smertene ved hjerteinfarkt kan variere både i styrke og lokalisering, og noen kan kun føle lettere ubehag i brystet (Jacobsen et. al 2012). Dette er i tråd med litteraturstudiens funn da kvinnenenes smerteopplevelse bar preg av individuelle

forskjeller i intensitet og varighet (Davies et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Mujtaba et. al 2012). Det er viktig at sykepleiere øker sin kunnskap om hvordan brystsmertene kan arte seg, og at variablene kan være store. Å raskt identifisere de typiske symptomene vil være enklere enn å identifisere diffuse symptomer. Hjerterinfarktets størrelse er uavhengig av graden av smerter. Små infarkter kan gi store smerter og omvendt (Nasjonalforeningen for folkehelse 2014). For å bedre kvinners prognose ved hjerterinfarkt må sykepleiers kunnskaper utvides. Det kan gjøres med for eksempel internundervisning til sykepleiere på arbeidsplassen, styrke grunnutdanningen med ny og oppdatert litteratur og liknende.

Det er kjent at kvinner ofte kan ha vage eller uvanlige symptomer på hjerterinfarkt, og slike prodromale symptomer er det ikke alltid naturlig å knytte opp mot hjertesykdom (Eikeland 2010). Imidlertid er dette et tema som teorien ikke sier så mye om, og mye av kvinners symptomer ved hjerterinfarkt er fremdeles ganske ukjent. Av litteraturstudiens funn ser vi at svært mange kvinner hadde opplevelse av en rekke prodromale symptomer som utviklet seg over tid, gjerne med intervaller (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Løvlien et. al 2009, Sherrod McIntire 2011, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008). De prodromale symptomene er ikke naturlig å knytte opp mot hjertesykdom og det kan føre til at kvinners symptomer blir bagatellisert, og konsekvensen kan være at kvinner kommer for sent til behandling. Resultatet av dette kan være dårligere behandlingsresultat og et dårligere utgangspunkt for rehabilitering (Løchen og Njølstad 2007). I praksis har vi møtt mange kvinner som har gjennomgått hjerterinfarkt. Det interessante er at våre funn i litteraturstudien også stemmer overens med det kvinnene vi møter forteller om sine symptomer. Dette bekrefter våre antagelser om at dette er et veldig aktuelt tema som vi kommer til å møte i vårt arbeid som sykepleiere. Ved tidlig identifisering av prodromale symptomer kan man oppdage at pasienten er i stor risiko for å utvikle et hjerterinfarkt, og man kan som sykepleier bidra til forbyggende tiltak som kostholdsendringer, mosjon og livsstilsendringer som å slutte å røyk, slutte med alkohol og liknende. Kvinnen kan også bli oppmerksom slik at hun går jevnlig til kontroller.

Selv om forskning på kvinner og hjerterinfarkt har vært økende de siste årene, er det fremdeles en forestilling i folks bevissthet om at hjerterinfarkt er en mannssykdom (Holmedal 2012). Dette inkluderer også medisinsk personell, deriblant sykepleiere.

Det ”typiske symptombildet” som blir beskrevet i litteraturen er i følge funnene i litteraturstudien kun en liten del av det spekter symptomer som kvinner rapporterer. Dersom helsepersonell får mer kunnskap om dette brede spekteret av symptomer som kvinner kan ha ved hjerteinfarkt, kan denne kunnskapen føre til økt oppmerksomhet på temaet, noe som igjen kan føre til at kvinner kan bli mer informert og dermed oppsøke helsevesenet tidligere. Vi ser at kunnskap om temaet er viktig for først og fremst å bidra til at kvinnene kommer raskere til behandling og oppnår et bedre behandlingsresultat, og dermed bedrer prognosen.

5.2.2 Individuell tolkning og prehospital forsinkelse

Mange kvinner så ikke behov for å søke medisinsk hjelp, da de følte at symptomene de hadde ikke var tilstrekkelige og alvorlige nok (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006). Litteraturstudiens funn viser at symptomene ikke var slik kvinnene hadde sett for seg et hjerteinfarkt skulle være, og fravær av såkalte klassiske symptomer ved hjerteinfarkt førte til at flere av kvinnene bagatelliserte sine symptomer (Albarran et. al 2006, MacInnes 2006).

Konsekvensene for prehospital forsinkelse ved hjerteinfarkt kan være store og fatale, og derfor er tidsfaktoren svært kritisk. Et stort antall dødsfall kan forhindres med rask innsettende behandling, helst i løpet av de to første timene etter hjerteinfarkt (Boersma 1996). Den mest kritiske fasen ved et hjerteinfarkt er veldig tidlig i fasen, og raske akutte tiltak er en viktig del av behandlingsforløpet. Jo raskere behandlingen blir gitt, desto større er effekten av behandlingen (Jacobsen et. al 2012). Prehospital forsinkelse er den tiden det tar fra symptomdebut til innleggelse på sykehuset, og fører til at kun et fåtall av hjerteinfarktpasienter får et optimalt behandlingsforløp. Forsinkelsesfaktorer kan være grunnet ulike faktorer hos den enkelte pasienten som sosio- demografi, sykehistorie, tolkning av symptomer og sykdomsatferd (Løvlien 2010).

I følge litteraturstudiens funn ser det ut til at kvinnenes individuelle tolkning av symptomene spiller inn på behandlingsforløpet. Flere kvinner som hadde smerter i ulike deler av kroppen, og ikke de karakteristiske brystsmertene, assosierte disse smertene til andre sykdommer som er mindre ”farlige” (MacInnes 2006, Davis et. al 2013, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Khan et. al 2010, Khan et. al

2013, DeVon et. al 2008). Også kvinner som hadde en rekke prodromale symptomer før hjerteinfarkt normaliserte symptomene og relaterte dem til andre årsaker som var mer naturlige; alder, stress, for mye jobb og liknende (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Sherrod McIntire 2011, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Davis et. al 2013, MacInnes 2006). De ønsket å finne en "naturlig" forklaring på sine symptomer. Den første fasen av prehospital forsinkelse er den tiden det tar fra symptomdebut til pasienten har kontaktet helsevesenet (Løvlien 2010). I denne fasen ser der ut til at kvinnene kontinuerlig vurderte sine symptomer, og mange konkluderte med ulike former for lidelser som de var "komfortable" med. Ut i fra litteraturstudiens funn ser det ut til at den individuelle tolkningen hos kvinnene har mye å si for den prehospital forsinkelsen, og dette påvirker behandlingsforløpet. Også kvinnene vi har møtt i praksis forteller at de først konkluderte med at det var en mer "naturlig" forklaring på symptomene, og at de ikke trodde det var noe alvorlig.

Et viktig funn i litteraturstudiens resultat var at tidligere sykdom spiller inn på tolkningen av nåværende sykdom. Det viste seg at kvinner som fra tidligere har vært eller er plaget med hjertesykdom, gjenkjente ofte symptomene, og det førte til at de oppsøkte helsevesenet raskt (Ruston og Clayton 2007, MacInnes 2006). Ut i fra dette kan man tolke det som en "fordel" at man har gjennomgått et hjerteinfarkt tidligere eller har erfaringer med hjertesykdom, da det ser ut til at det kan bidra til å minske den prehospital forsinkelsen. Imidlertid viser funnene i litteraturstudien at kvinner som har erfaringer med andre kroniske lidelser ofte hadde lengre prehospital forsinkelse, da de tolket sine nåværende symptomer til disse sykdommene (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, MacInnes 2006, Sjöström-Strand og Fridluns 2007). En slik tolkning av symptomene, som baserte seg på kvinnes tidligere erfaringer, førte til selvdagnostisering hos kvinnene. Et fokus på pasientens tidligere sykdom kan være en utfordring også for sykepleier. Det å være åpen til at det kan være noe "annet" enn den kjente sykdommen som kan forårsake symptomene, vil være en viktig holdning hos sykepleier. Sykepleier burde se symptomene for seg selv og ikke automatisk konkludere med at årsaken ligger i pasientens kjente eller tidligere sykdom.

Funnene i litteraturstudien er i tråd med det vi har erfart i praksis. Det er utbredt at mange av kvinnene vurderer og tolker sine symptomer, noe som fører til selvdagnostisering. Selvdagnostiseringen ender ofte med at kvinnene relaterer sine nåværende symptomer på

sine tidligere erfaringer med kroniske lidelser som diabetes, høyt blodtrykk, astma og liknende. ”Det er bedre å være føre var, enn etter snar” er det et ordtak som sier. Dette føre-var prinsippet angir hvordan man skal håndtere manglende kunnskap og usikkerhet (Store norske leksikon 2015). Et slikt føre-var prinsipp kan overføres til kvinner som opplever ukarakteristiske symptomer på hjerteinfarkt, og sykepleier kan bidra til at de tar i bruk dette prinsippet i sin vurdering av symptomene ved å anbefale at man alltid må kontakte sin fastlege om man merker symptomer og forandringer i kroppen.

5.2.3 Økt kunnskap – bedre prognose?

Kunnskap er en viktig forutsetning for hvordan man foretar valg i møte med utfordringer (Lundesgaard 2005). Kunnskapen som eksisterer om hjerteinfarkt i litteraturen preges av at det er flest menn som rammes av sykdommen, og at det innebærer et ”typisk” symptombilde (Jacobsen et. al 2012). Kvinners symptomer på hjerteinfarkt er fremdeles ganske ukjent i litteraturen. Selv om statistikken viser at det er flest menn som rammes av hjerteinfarkt, er andelen kvinner likevel også stor og det er samme proporsjonene av menn og kvinner som dør av hjerteinfarkt. Dermed kan man si at kvinner har en dårligere prognose enn menn (Holmedal 2012). Vår litteraturstudie viser at kvinners symptomer på hjerteinfarkt innebærer så mye mer enn det litteraturen sier. Både kunnskap om symptomer på hjerteinfarkt og hvor viktig det er med tidlig behandling, er viktig. Om denne kunnskapen økes hos kvinner mener vi det kan føre til mindre prehospitalet forsinkelse og dermed bedre prognosen.

Litteraturstudien avdekker at mange kvinner normaliserte sine symptomer og relaterte dem til andre årsaker som var mindre ”farlige” (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Sherrod McIntire 2011, Khan et. al 2013, DeVon et. al 2008, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Davis et. al 2013, MacInnes 2006, Isaksson et. al 2013, Berg et. al 2009, Khan et. al 2010). Dette førte til prehospitalet forsinkelse. Om kvinnen hadde hatt mer informasjon om hva hjerteinfarkt kan innebære for dem, kunne det ført til mer oppmerksomhet og at de kontaktet helsevesenet raskere. Ansvar for å dele kunnskap ligger hos helsepersonell, slik vi ser det, og en stor del av helsepersonell som møter disse kvinnene er sykepleiere. Å informere er en viktig sykepleieoppgave, og ord som kunnskap og informasjon brukes ofte om hverandre. Sykepleier må informere kvinner om hva et hjerteinfarkt kan innebære for dem og hvor viktig det er med rask behandling. Dette kan bidra til at kvinnen lærer noe

nytt og antagelsene blir oppdatert (Lundesgaard 2005). Vår litteraturstudien kan være med på å belyse hvilke symptomer kvinner har ved hjerteinfarkt, og dermed bidra til økt kunnskap både for sykepleier og kvinnene i samfunnet.

Ut i fra dette ser vi at slik kunnskap er svært nødvendig for oss når vi skal jobbe som sykepleiere etter endt utdanning. Sykepleiere må tilegne seg kunnskap. I og med at litteraturen ikke opplyser tilstrekkelig om kvinner og hjerteinfarkt, er det sykepleiers oppgave å finne denne kunnskapen ved å gå inn i forskningen. Vi ser at kunnskapen vi nå har tilegnet oss ved denne litteraturstudien, kan trekkes inn i vår praksis som sykepleiere. Vi må formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot (Eide og Eide 2007). Slike informerende ferdigheter vil med fordel kunne bidra til at sykepleier kan sikre at kvinnen har forstått det som er sagt, og ikke minst husker det og drar lærdom av det. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er i utgangspunktet asymmetrisk, ved at sykepleier ofte har større kunnskap og kompetanse (Mæland 2005). Om sykepleier deler sin kunnskap med pasienten kan denne relasjonen utjevnes og blir mer symmetrisk.

I vårt arbeid med litteraturstudien har vi økt vår kunnskap om kvinners symptomer på hjerteinfarkt, og dette har konsekvenser for vår praksis. Grunnet økt kunnskap har vi kunnet gi mer støtte til kvinnene ved å tro på det de forteller. Dette på bakgrunn av at vi har nå en bredere forståelse for hvilke symptomer kvinner kan ha ved hjerteinfarkt, og at de kan være svært varierende over en lengere periode før hjerteinfarkt. Det er tilfredsstillende å kunne gi en slik støtte til sine pasienter, og relasjonen og tillitten styrkes ved det.

5.2.4 Er kvinnen tilstrekkelig opplyst?

Hjerteinfarkt blir betegnet som en mannssykdom, og det kan skyldes en epidemiologisk forklaring der begrunnelsen er at det er flest menn som rammes av sykdommen (Holmedal 2012). Kvinner har imidlertid dårligere prognose enn menn, og da er det svært uheldig at hjerteinfarkt ikke blir oppfattet som en kvinnesykdom. Brystkreft blir uten tvil sett på som en kvinnesykdom da det har en biologisk forklaring ved at brystet er et kjønnskjenntegnende organ, og dødstallene her er også store. Tall fra Norgeshelse statistikkbank viser at det i 2012 døde over dobbelt så mange kvinner av hjerteinfarkt enn av brystkreft (Folkehelseinstituttet 2014). Ved slike tall mener vi at hjerteinfarkt bør

oppfattes som en kvinnesykdom like mye som det oppfattes som en mannssykdom, og at hjerteinfarkt er en kvinnesykdom på lik linje med brystkreft. Kreftforeningen (2015) har satt i gang rosa sløyfe-aksjonen som er en internasjonal folkebevegelse. Målet er å vise solidaritet med brystkreftrammede, spre informasjon og øke kunnskapen om brystkreft samt å støtte brystkreftforskning. Vi ser dette som en svært bra tiltak, og ut i fra litteraturstudien ser vi at et slik tiltak også kan være aktuelt for temaet kvinner og hjerteinfarkt. En slik "hjerne-aksjon" for kvinner kunne vært med på å øke oppmerksomheten på kvinner og hjerteinfarkt.

Et svært interessant funn i litteraturstudien viser at kvinnene ikke så på seg selv som en tilhører i "risikogruppen" for hjerteinfarkt (Albarran et. al 2006, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Sherrod McIntire 2011). På grunn av dette greide de ikke å koble sine symptomer til et mulig hjerteinfarkt. Kvinnene fortrenger tanken om muligheten for at de kan være alvorlig syk og at de trenger umiddelbar hjelp, og vi ser dette som et alvorlig funn. Man kan spørre seg om kvinner er tilstrekkelig opplyst. For å motarbeide slike forestillinger om hjerteinfarkt kan helseopplysning være et godt tiltak. Helseopplysning er et av tre tiltak for det forebyggende helsearbeidet, og betegner alle former for kommunikasjon om helse og kan innebære alt fra konkrete anbefalinger til åpne diskusjoner om helseverdier (Mæland 2005). Det vil være krevende å drive helseopplysning om alvorlige sykdommer uten å skape uro og redsel blant kvinnene. Ved økt kunnskap om risikoforhold og sykdomsutvikling gis det muligheter til fornuftige forebyggende tiltak, men det kan samtidig forårsake en psykologisk belastning. Det finnes mange fallgruver for helseopplysningsarbeidet, og mange setter spørsmålsteget ved om helseopplysningen når frem dit den skal (Mæland 2005).

Slik vi ser det, ut i fra funnene i litteraturstudien, trenger kvinner å få mer kunnskap om symptomer de kan oppleve ved et eventuelt hjerteinfarkt, risikofaktorer og arvelig disposisjon. De må også vite at rask behandling er svært viktig for å oppnå best mulig behandlingsresultat. Funn i litteraturstudien viser at mange kvinner hadde prodromale symptomer i en lang periode før hjerteinfarkt inntraff (Ruston og Clayton 2007, Albarran et. al 2006, Davis et. al 2013, Sjöström-Strand og Fridluns 2007, Løvlien et. al 2009, Sherrod McIntire 2011). Vi ser det som svært urovekkende at mange av kvinnene hadde symptomer flere timer, dager og uker før hjerteinfarkt, og mange kvinner hadde symptomer flere måneder opp til 1 år før hjerteinfarkt. Ved tilstrekkelig helseopplysning

kunne kvinnene sett sammenhengen i sine symptomer og kontaktet helsevesenet raskere. Helsevesenet kan videre bidra til forebyggende tiltak hos kvinnene.

I praksis har vi sett at det brukes ulike informasjonsbrosjyrer om hjerteinfarkt. Informasjonen som står om kvinner og hjerteinfarkt har vi sett er begrenset. Det står ofte nevnt at kvinner kan ha vage og uvanlige symptomer på hjerteinfarkt uten noen videre utdyping av hva det kan innebære, og vi mener at disse brosjyrene burde oppdateres. Arbeidet med å forbedre helseopplysningen som når ut til kvinnene ser vi som en svært viktig del av det forebyggende helsearbeidet, og i dette arbeidet har sykepleier en viktig rolle. Sykepleiere må først og fremst få kunnskap om dette, og ulike forum, fagforbund, forskningsblad og litteraturbøker kan være kanaler der sykepleiere kan finne slik kunnskap. Internundervisning på ulike arbeidsplasser for sykepleiere kan sørge for at alle på en avdeling får oppdatert sin kunnskap, og vi mener at kvinner og hjerteinfarkt er et tema som alle avdelinger burde vite noe om og ha som tema på sine internundervisninger. For å nå frem til alle kvinner kan media være en nyttig opplysningskanal ved bruk av TV, internett, blader og aviser. Helseopplysningen må nå frem dit den skal, slik at den kan føre til økt kunnskap hos både sykepleiere og kvinnene i samfunnet.

6.0 Konklusjon

6.1 *Litteraturstudiens konklusjon*

Litteraturstudien viser at kvinner opplever en rekke ulike symptomer ved hjerteinfarkt, og det "typiske symptombildet" ved hjerteinfarkt er kun en liten del av det spekter symptomer kvinner rapporterer. Det "typiske symptombildet" kan påvirke sykepleiers observasjon og oppfatning, og skape en stereotypisk pasientgruppe. Funnene viser at brystsmertene var av ulik karakter, fra karakteristiske smerter med utstråling, ukarakteristiske og vage smerter, smerter i ulike deler av kroppen og ingen brystmerter. En rekke prodromale symptomer var også fremtredende hos kvinnene i litteraturstudien. Disse symptomene ble normalisert og relatert til andre årsaker. Ut i fra litteraturstudien ser vi at kvinnes tolkning av deres symptomer har betydning for behandlingsforløpet. Funnene fra litteraturstudien viser at kvinnes sykdomserfaringer spilte inn på tolkningen av deres nåværende symptomer, og mange kvinner så ikke på seg selv som en tilhører i "risikogruppen" for hjerteinfarkt noe som førte til prehospitalet forsinkelse.

Ut i fra litteraturstudien ser vi at helsepersonell kan bidra til å sikre at kvinner får best mulig behandling, informasjon og oppfølging ved kunnskap om kvinners symptomer og tolkning av deres symptomer. Vi ser også at kvinner har behov for mer kunnskap om symptomer de kan oppleve ved et hjerteinfarkt, risikofaktorer, arvelig disposisjon og hvor viktig et raskt behandlingsforløp er. Ved tilstrekkelig helseopplysning kunne kvinnene sett sammenhengen i sine symptomer og kontaktet helsevesenet raskere. Ut i fra litteraturstudien ser vi at arbeidet med å forbedre helseopplysningen som når ut til kvinnene er en svært viktig del av det forebyggende helsearbeidet, slik at de kontakter helsevesenet på et tidligere tidspunkt når de opplever symptomer. Helseopplysningen må nå frem dit den skal, og både sykepleier og kvinnene i samfunnet har behov for mer kunnskap.

Våre funn i litteraturstudien stemmer overens med det de kvinnene vi møter i praksis forteller om sine symptomer. Vi ser at kunnskap om temaet er viktig for først og fremst å bidra til å redusere den prehospitale forsinkelsen slik at kvinnene kommer raskere til behandling, oppnår et bedre behandlingsresultat og bedre prognose.

6.2 Anbefalinger for videre forskning

Etter vårt arbeid med denne litteraturstudien ser vi at det hadde vært interessant å undersøke hva kvinnene i samfunnet vet om forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder hjerteinfarkt, og om kvinnene i samfunnet vet hva et hjerteinfarkt kan innebære for dem. Det hadde også vært interessant å undersøke hva effekten av økt kunnskap er, og hvilke tiltak som kan iverksettes for at den prehospitale forsinkelsen hos kvinner som gjennomgår hjerteinfarkt skal bli så kort som mulig.

Litteraturliste

- Albarran W. John., Brenda A. Clarke og Jenny Crawford. 2006. "It was not chest pain really, I can't explain it!" An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 16: 1292-1301.
- Berg, Johanna, Lena Björch, Kerstin Dudas, George Lappas og Annika Rosengren. 2009. Symptoms of a first acute myocardial infarction in women and men. *Gender Medicine*. 6: 454-462.
- Boersma E, Maas ACP, Deckers JW, Simoons ML. 1996. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 348: 771 – 5.
- Davis, Leslie, Merle Mishel, Debra K. Moser, Noreen Esposito, Mary R. Lynn og Todd A. Schwartz. 2013. Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome. *Heart & Lung*. 42, 428-435.
- DeVon, A. Holli, Catherine J. Ryan, Amy L. Ochs og Moshe Shapiro. 2008. Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *American Journal of Critical Care* 17: 14-24.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Eikeland, Anne, Marit Gimnes og Helle Madsen Holm. 2010. "Sirkulasjonssvikt" I *Intensivsykepleie*, red. Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud. 443-520. Oslo: Akribe AS.
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26.

Folkehelseintituttet. 2014. Dødsårsakregisteret- statistikkbank.

<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *At göra systematiske litteraturstudier*. 3 utg. Stockholm: Författerna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Ghanima, Waleed., Helge Skulstad, Kjeld Falk og Jetmund Ringstad. 2000. Tidsforsinkelse ved trombolytisk behandling av hjerteinfarkt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 120:1851 -3.

Herning, Margrethe., Peter R. Hansen., Birgitte Bygbjerg og Tove Lindhardt. 2010. Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10: 241-247.

Holmedal, Trude Karin. 2012. *Det mannlige og det kvinnelige hjerteinfarkt. En analyse av kjønn og prestisje i sykdom*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2014. *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.

Hølge-Hazelton, Bibi og Kristi Malterud. 2009. Gender in medicine – does it matter? *Scandinavian Journal of Public Health*. 37 (2): 139-145.

Isaksson, Rose-Marie, Christine Brulin, Mats Eliasson, Ulf Näslund og Karin Zingmark. 2013. Older women's prehospital experience og their first myocardial infarction. *Journal of cardiovascular Nursing* 28: 360-369.

Jackson, MN., og BJ McCulloch. 2014. 'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women. *Rural and Remote Health Journal*. 14: 2560.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring*, 1.utg Oslo: Høyskoleforlaget.

- Jacobsen, Dag., Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2012. *Sykdomslære - indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Khan, Jane JB, John W. Albarran, Violet Lopez og Sek Y. Chair. 2010. Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey. *Journal of clinical nursing* 19: 2720-2729.
- Khan, Nadia, Stella S, Daskaloulou, Igor Karp, Mark J. Eisenberg, Roxanne Pelletier, Meytal Avgil Tsadok, Kaberi Dasgupta, Colleen M. Norris, og Louise Pilote. 2013. Sex differences in acute coronary syndrome symptoms presentation in young patients. *Journal of the American medical association* 172(20): 1863-1871.
- Kreftforeningen. 2015. Om rosa sløyfe
<https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-rosa-sloyfe/>
- Lundesgaard, Jon. 2005. Om kunnskapsbasen. Kunnskap, innovasjon og læring. Masteroppgave, Høgskolen i Hedemark.
http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133446/not08_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Løchen, Maja-Lisa og Ingrid Njølstad. 2007. «Myter og realiteter om kvinner og hjertesykdom».
I Kvinner lider – menn dør. Berit Schei og Leiv S. Bakketeig (red.). 1. utg, 146-162. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løvlien, Mona., Ingela Johanson., Torstein Hole og Berit Schei. 2009. Early warning signs of an myocardial infarction and their influence on symptoms during the acute phase, with comparisons by gender. *Gender Medicine* 6: 444-453.
- Løvlien, Mona. 2010. *When every minutes counts. From symptoms to admission for acute myocardial infarction with special emphasis on gender differences*. Trondheim: NTNU Norwegian University of Science and Technology.

- MacInnes, Julie D. 2006. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5: 280-288.
- Mujtaba, Sayad Fayaz, S.Nadeem H. Rizivi, Anosha Talpur, Fazla Younis, Kiran Minhas og Zoya Farooqui. 2012. Gender based differences in symptoms of acute coronary syndrome. *Journal of the collage of physicians and surgeons* 22: 285-288.
- Mæland, John Gunnar. 2005. *Forebyggende og helsefremmende arbeid i teori og praksis*. 2.Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalforeningen for folkehelse. 2008. *Kvinner og hjerte- og karsykdommer*. Oslo: Nasjonalforeningen for Folkehelse.
- Nasjonalforeningen for folkehelse. 2014. *Hjerteinfarkt*. Oslo: Nasjonalforeningen for Folkehelse.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2014. Tema: Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler.
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskning-av-artikler>
- Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. 2014. Database for statistikk om høgre utdanning.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsasert! En arbeidsbok*. 2utg. Oslo: Akribe.
- Sherrod McIntire, Melissa. 2011. Hispanic women's symptoms of coronary heart disease: are they different? *Springer publishing company* 10: 1540-4153.
- Ruston, Annmarie., og Julie Clayton. 2007. Women's interpretation of cardiac symptoms

at the time of their cardiac event: The effect of co.occuring illness. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6: 321-328.

Sjöström-Strand, Annica og Bengt Fridlunds. 2007. Women's descriptions of symptoms and relay reason in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study. *International journal of nursing studies* 45: 1003-1010.

Store norske leksikon. 2015. Føre-var prinsippet.

https://snl.no/føre_var-prinsippet

Willman, Anita, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. 2015. The top 10 causes of death.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html>

Vedlegg A: P(IC)O-skjema

P	I	C	O
Hvem er pasienten? Hva er problemet?	Intervensjon Behandling, tiltak og sykepleie	Sammenlikning	Hvilket utfall er av interesse?
hjerteinfarkt*			symptom* oppfat* tolk* oppleve*
myocardial infarct* or heart attack* or MI			symptom* perception* or perceive* interpretat* experienc*

Vedlegg B: Søkehistorie Medline 26.11.14

#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Lest artikkel	Inkludert
1	exp Myocardial Infarction/ or myocardial infarct*.mp.	199277	0	0	0
2	heart attack*.mp.	4007	0	0	0
3	MI.mp.	30361	0	0	0
4	1 or 2 or 3	213289	0	0	0
5	limit 4 to yr="2009 -Current"	47667	0	0	0
6	limit 5 to ("young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle aged (45 plus years)") and (danish or english or norwegian or swedish) and female)	21366	0	0	0
7	symptom*.mp. or exp Symptom Assessment/	753728	0	0	0
8	6 and 7	2226	0	0	0
9	(perception* or perceive*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]	382324	0	0	0
10	interpretat*.mp.	252088	0	0	0
11	experienc*.mp.	708869	0	0	0
12	9 or 10 or 11	1269829	0	0	0
13	8 and 12	374	0	0	0
14	limit 13 to "qualitative (maximizes sensitivity)"	259	42	9	5
	Totalt inkluderte artikler				5

Vedlegg C: Oversikt over manuelle søk

Dato	Inkludert artikkel	Manuelt søk
28.11.14	The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach (McInnes 2006).	Older women's prehospital experience og their first myocardial infarction (Isaksson et. al 2013).
28.11.14	Women's descriptions of symptoms and relay reason in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study (Sjöström-Strand og Fridluns 2007).	Older women's prehospital experience of their first myocardial infarction (Isaksson et. al 2013).
28.11.14	Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey (Khan et. al 2010).	Gender based differences in symptoms of acute coronary syndrome (Mujtaba et. al 2012).
12.12.14	Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: The effect of co occurring illness (Ruston og Clayton 2007).	Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction (Herning et. al 2010).
12.12.14	Hispanic women's symptoms of coronary heart disease: are they different? (Sherrod McIntire 2011).	'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women (Jackson og McCulloch 2014).
12.12.14	Sex differences in acute coronary syndrome symptoms presentation in young patients (Khan et.al 2013).	'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women (Jackson og McCulloch 2014).
12.12.14	"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 (Albarran et. al 2006).	Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey (Khan et. al 2010).
12.12.14	Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men (DeVon et.al 2008).	Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey (Khan et. al 2010).

Vedlegg D: Oversikt over inkluderte artikler

#	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Kvalitet / etisk vurdering
1	Ruston, Annamarie, Clayton, Julie 2007 England European Journal of Cardiovasc ular Nursing 6: 321-328	Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: The effect of co.occuring illness	Å undersøke kvinners tolkning av sine kardiologiske symptomer og hvordan tidligere kronisk sykdom påvirker den tiden det tar fra infarkt inntraff til man får medisinsk hjelp.	Kvalitativ studiedesign Dybdeintervju som ble gjennomført i samarbeid med sykepleiere på avdelingen, som hadde ansvar for de ulike pasientene. Det ble gjort 1 dybdeintervju pr. pasient på ca 60 min, som ble tatt opp på båndopptaker. Intervjuene ble gjennomført 3-4 dager etter innleggelse., og gjennomført enten ved pasientens seng eller i dagligstuen på avdelingen. Deltakerne ble delt inn i to grupper. Den ene gruppen (<12 hour group) ble innlagt innen 12 timer etter symptomdebut, og den andre gruppen (>12 hour group) ble innlagt 12 timer eller mer etter symptomdebut.	Totalt 54 kvinner var rekruttert til studien, da de var innlagt på med hjerteinfarkt i løpet av de aktuelle 2 ukene. Studien ble gjennomført på 3 forskjellige sykehus, utvalgt fordi de hadde kardiologisk intensivavdeling. 2 pasienter ble ekskludert da de fikk en forvirringstilstand etter infarkt. 2 pasienter nektet å delta, da de synt det ble for mye for dem. 6 pasientene fikk hjerteinfarkt da de allerede var innlagt på sykehus for andre sykdomsårsaker, og ble	Kvinnene kunne oppleve en rekke symptomer flere uker før hjerteinfarkt (1-8 uker). Slike symptomer var slapphet, svimmelhet, kortpustethet, influensaliknende symptomer, rar følelse i armen, trykk i brystet og hodepine. Kvinnene normaliserte symptomene, og vurderte dem som ikke alvorlige. De forutgående symptomene forverret seg over tid med intervaller, og det oppsto stadig nye symptomer hos kvinnene for hver gang. Akutte symptomer som kvinnene tolket som alarmerende var særlig svette. De beskrev svetten som ekstrem (sitat s.324 og 325). Noen av kvinnene opplevde brystsmerter med ulik karakter:	Nivå 1 Grad 1-90% Studien er dannet ut i fra prinsippene som er beskrevet i "Declaration of Helsinki Local Research Ethics Committee", og godkjenning ble oppnådd på hvert av sykehusene. Besøk ble gjort til hvert av sykehusene for å diskutere problemer og bekymringer. Deltagerne ble informert om studien. Det var frivillig deltagelse. Deltakerne ble forsikret om at studien ikke

					<p>derfor ekskludert.</p> <p>Totalt 44 kvinner deltok i undersøkelsen.</p>	<p>trykk i brystet som stadig ble verre, innsettende støtsmerter og intense og uutholdelige smerter. Kvinnene tolket kun de intense og uutholdelige smertene som alvorlig.</p> <p>Kvinnenes tidligere sykdom spiller inn på tolkningen av deres nåværende sykdom. Kvinnene med tidligere erfaringer med hjertesykdom søkte raskere medisinsk hjelp. Kvinner med sykdommer som ikke er hjerterelaterte søkte hjelp senere.</p>	<p>skulle gå ut over behandlingen.</p> <p>Alt kodet og anonymisert.</p> <p>Opptak og dokumenter ble destruert i etterkant av studien.</p>
2	<p>Albarran W. John, Brenda A. Clarke, og Jenny Crawford</p> <p>2006</p> <p>England</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>16: 1292-1301</p>	<p>''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</p>	<p>Å undersøke symptomer som oppleves av kvinner før og under akutt hjerteinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ studiedesign</p> <p>Intervju med semi-struktur, som ble utført under innleggelsen på sykehuset. Intervjuene varte i 35-40 minutter. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker.</p> <p>Deltagernes egne ord brukt til å gi detaljert beskrivelse av hvordan kvinner oppfatter sine hjertesymptomer.</p>	<p>Totalt 12 kvinner fra kardiologisk intensivavdeling ble rekruttert, og deltok i undersøkelse.</p> <p>Kvinnene var mellom 48-78 år, med en gjennomsnittsalder på 63 år. Ingen hadde gjennomgått hjerteinfarkt tidligere.</p>	<p>Opplevelse av en rekke symptomer over tid før hjerteinfarkt (2uker-timer før)</p> <p>De oppdaget små forandringer til å begynne med, men normaliserte dem og relaterte dem til andre lidelser, kroppsvekt, livsstil, aldring og lignende. Disse symptomene var kortpustethet, tyngde i brystet, fordøyelsesproblemer, søvnavansker((sitat s.1296), fatigue (sitat s.1296), svetting og rar følelse i nakke, rygg, mage og arm. Symptomene var også fluktuerende.</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Grad 1-90%</p> <p>Godkjenning av forskningen ble gjort av ''The Local Research Ethics Committee'' og ''University Ethics Committee''.</p> <p>Deltagerne ga skriftlig samtykke om å delta i studien.</p> <p>Studien er anonymisert,</p>

					<p>Fravær av klassiske symptomer ved akutt hjerteinfarkt. Kvinnene uttrykte at de ikke opplevde de voldsomme brystmerter og symptomer som de hadde sett for seg (sitat s. 1297).</p> <p>Flesteparten av kvinnene hadde ikke typiske brystmerter, men heller pressende/trykkende følelse, krampe, stivhet og søtverk (sitat x2 s.1296) 5/12 kvinner hadde klassiske brystmerter som var intense og uutholdelig (sitat s. 1296)</p> <p>10/12 kvinner opplevde kvalme i den akutte fasen (mest vanlig symptom). Kvalmen førte ofte til svimmelhet og svetting samt oppkast.</p> <p>Kvinnenes tidligere sykdom spiller inn på tolkningen av deres nåværende sykdom. Kvinnene ”skylder” på tidligere kronisk sykdom, og aldringsprosessen, kroppsvekt røyking, hormonbehandling og lignende.</p> <p>Kvinnene så ikke på seg selv som en tilhører</p>	<p>og deltagerne kunne trekke seg når som helst i løpet av studien.</p> <p>Deltagerne ble informert om studien.</p>
--	--	--	--	--	---	---

						i "risikogruppen" for hjerteinfarkt. Kvinnene så på seg selv som for spreke og for unge for en så alvorlig sykdom.	
3	MacInnes, Julie D. 2006 England European Journal of Cardiovascular Nursing 5: 280-288	The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach	Å undersøke kvinners sykdomsoppfatning er av akutt hjerteinfarkt.	Kvalitativ studiedesign Intervju med semistruktur. som ble gjennomført 3 måneder etter gjennomgått akutt hjerteinfarkt. Intervjuene varte i 1 time, og ble utført i 9/10 tilfeller hjemme hos deltagerne. Et intervju ble gjennomført på forskernes kontorer. Det ble skrevet notater fra hvert intervju.	16 deltagere ble kontaktet skriftlig av det lokale kardiologiske rehabiliteringsteam, hvorav 10 sa seg villig til å delta i undersøkelsen. De 10 deltagerne ble så kontaktet av forskerne pr. telefon, for å avtale tid for gjennomføring av intervju.	Kvinnene opplevde en rekke ulike symptomer, men kvinnene trodde at det ikke var tegn på noe alvorlig. Symptomer som kvinnene opplevde var tungpust, kvalme, oppkast, svetting, rygg smerter, smerter i arm og skulder samt svakhetsfølelse i armen. Alle disse symptomene ble normalisert hos kvinnen. De fleste kvinnene hadde 2-3 symptomer tilstedeværende. 7/10 kvinner identifiserte brystmerter som et symptom, men kun 2 av kvinnene beskrev disse som intense og uutholdelige (sitat s. 283). 3 kvinner hadde ingen brystmerter, altså "stille hjerteinfarkt". Brystmertene var ofte i kombinasjon med andre symptomer(sitat s.284) Svetting var ofte det symptomet som ble sett på som mest unormalt, og som førte til at kvinnene kontaktet profesjonell	Nivå 1 Grad 1-90% Deltagerne fikk detaljert informasjon om studien. Deltagerne fikk oppgitt kontaktinformasjon til det kardiologiske rehabiliteringsteam, hvor de kunne henvende seg om det var noe de ønsket å få svar på. Studien ble dannet etter prinsippene til "The Declaration of Helsinki. Det ble innhentet samtykke fra deltagerne, og etisk godkjenning var gitt av "NHS Trust Research Ethics Committee" og "The Local Research Ethics Committee (LREC).

						<p>hjelp tidlig. Svetteingen ble beskrevet som voldsom og intens. (sitat s.283)</p> <p>Kvinnenes tidligere sykdom spiller inn på tolkningen av deres nåværende sykdom. Tidligere sykdom påvirket avgjørelsen om å søke hjelp., samt tolkningen av symptomenes alvorlighetsgrad. Kvinner med tidligere erfaring med kronisk sykdom og andre lidelser relaterte symptomene til dette, mens kvinner med tidligere hjertesykdom gjenkjente symptomene.</p> <p>Kvinnene så ikke på seg selv som en tilhører i "risikogruppen" for hjerteinfarkt. Dette til tross for tilstedeværelse av risikofaktorer for hjerteinfarkt.</p>	
4	Davis, Leslie, Merle Mishel, Debra K. Moser, Noreen Esposito, Mary R.	Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome	Å undersøke kvinners anerkjennelse og tolkning av symptomer på akutt hjerteinfarkt, som senere førte til beslutning om å søke behandling.	Kvalitativ studiedesign Dybdeintervju med semi-struktur, som ble gjennomført enten under sykehusinnleggelsen eller innen 2 uker etter utskrivelse. Intervjuene ble da gjennomført i	9 kvinner diagnostisert med akutt hjerteinfarkt deltok i studien. Kvinnene var mellom 49-74 år.	Deltagerne ble delt inn i to grupper Gruppe 1 opplevde usikkerhet rundt symptomene, og hadde en rekke symptomer over tid. (opp til flere uker før). Kvinnen hadde vansker med å identifisere symptomene, og de	Nivå 1 Grad 1-90% Studien ble godkjent av "The institutional review board (IRB)" på universitetet der studien ble gjennomført.

	Lynn og Todd A. Schwartz			deltagernes hjem. Intervjuene varte i ca 45 minutter.		var ofte vage. Symptomene var hosting, brennende følelse i halsen, murrende smerter i rygg, hals og arm. Mange beskrev sine symptomer som ”en rar/merkelig følelse”. Symptomene forverret seg over tid med intervaller, og det kunne oppstå nye symptomer og det ble lettere for kvinnene og identifisere dem. Symptomene ble relatert til andre årsaker. (sitat s.432)	Deltagerne undertegnet en samtykkeerklæring før de ble intervjuet.
	2013					Gruppe 2 hadde mer akutte og innsettende symptomer, og identifiserte dem fortere og søkte raskere hjelp. 4 kvinner hadde intense brystmerter med påfølgende smerter i nakke, skuldre, arm, albue og svetting. Symptomene kom plutselig, og kunne være flukterende med økende intensitet for hver gang.	
	USA						
	Heart & Lung						
	42: 428-435						
5	Isaksson, Rose-Marie, Christine Brulin, Mats Eliasson, Ulf Näslund og Karin Zingmark	Older women's prehospital experience og their first myocardial infarction	Å undersøke eldre kvinners prehospital erfaringer ved førstegangs hjerteinfarkt.	Kvalitativ studiedesign. Dybdeintervju med semistruktur, som ble gjennomført 3 dager etter innleggelse. Intervjuene varte i 20-70 minutter, og ble tatt opp med båndopptaker.	20 ble rekrutert til studien. 3 avsto, og 3 nye kvinner ble rekrutert. Totalt 20 kvinner som var diagnostisert med førstegangs hjerteinfarkt deltok i studien. Kvinnene var mellom 65 til 80 år.	Kvinnenes symptomopplevelse ble delt inn i 3 faser. En tidlig fase med utydelige fysiske symptom. Kvinnene opplevde varierende symptomer med tretthet, uspesifikke ubehag i brystet (stikkende, sviende samt press), ubehag i mageregionen og kortpustethet	Nivå 1 Grad 1-90% Studien ble godkjent av ”Umeå University”. Alle deltagerne ble informert. Deltagelsen var frivillig, og

	<p>2013</p> <p>Sverige</p> <p>Journal of cardiovascular Nursing</p> <p>28: 360-369</p>					<p>som ble forverret ved aktivitet.</p> <p>Fatigue var et fremtredende symptom hos alle kvinnene, men spesifikke ubehag i ulike deler av kroppen med svakhetsfølelse, tretthet, uvelhet og slapphet. (sitats s.363)</p> <p>En varselfase med tydelig sykdomsfornemmelse, der symptomene ble tydelig forverret i løpet av timer eller døgn. Kvinnene beskrev de samme type symptomene, men nå mer framtrede.</p> <p>En innsettende akutfase der kvinnene opplevde symptomer med lang varighet og høy intensitet. Intense brystmerter var dominerende for alle, og de ble beskrevet med rask økning. Noen kvinner hadde også fluktuerende smerter med økende intensitet. (sitat s364)</p> <p>Lokaliseringen av smertene var for de fleste av kvinnene i midtpartiet av brystet, samt også over brystbeinet. Symptomene i denne fasen ble beskrevet som annerledes enn tidligere ved bruk av ord</p>	<p>kvinnene kunne trekke seg når som helst i studien, og at det i så fall ikke skulle gå utover deres videre behandling.</p> <p>Deltagerne ble garantert anonymisering.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

						<p>som ”grusomt”, ”klemmende”, ”tettende” og ”stikkende”. Smertene kunne også være lokalisert i rygg, venstre arm eller begge armer med eller uten tyngdefornemmelse, samt klemmende følelse bak skuldrene. Noen opplevde også smerter i diafragma og under høyre ribbein. Mange opplevde også voldsomme hjerteslag.</p> <p>Kvinnenes tidligere sykdom spiller inn på tolkningen av deres nåværende sykdom. Kvinnene trodde symptomene ikke var hjerterelaterte, og prøvde å finne mer naturlige forklaringer basert på tidligere sykdomserfaringer. Dette førte til at kvinnene ble forvirret, og ikke forsto situasjonene.</p>	
6	<p>Berg, Johanna, Lena Björch, Kerstin Dudas, George Lappas og Annika Rosengren.</p> <p>2009</p>	<p>Symptoms of a first acute myocardial infarction in women and men</p>	<p>Å analysere kjønnsforskjeller i symptomer, i et godt definert populasjonsbasert utvalg, av kvinner og menn som har gjennomgått et førstegangs hjerteinfarkt.</p>	<p>Kvantitativ design, prevalensstudie.</p> <p>Deltagerne fikk utdelt et medisinsk diagram (spørreskjema) med 18 symptomsdefinerte spørsmål. Spørsmålene omhandlet type symptom, intensitet, varighet, lokalisering og lignende.</p>	<p>623 pasienter ble rekruttert til studien da de var innlagt på sykehus med akutt koronarsyndrom. 398 ble ekskludert da de ikke hadde fått påvist hjerteinfarkt.</p> <p>Totalt 225 pasienter med påvist førstegangs hjerteinfarkt ble</p>	<p>Flesteparten av kvinnene (88,5%) opplevde brystmerter med en gjennomsnittlig varighet på 15 timer og 45 minutt. Flesteparten hadde sentrale brystmerter som var pressende, klemmende og tyngende. 50% hadde vedvarende smerter, 47,8% hadde periodiske smerter mens de resterende 2,2% var av udefinert karakter.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1-90%</p> <p>Alle deltagerne fikk utdelt skriftlig informasjon om studien.</p> <p>Studien ble godkjent av ”Ethics committee at the University of Gothenburg”.</p>

	Sverige Gender Medicine 6: 454-462			Alle symptomene som var dokumentert i de ulike spørreskjemaene ble registrert av en av forfatterne. De registrerte symptomene ble videre analysert og sammenliknet.	inkludert, hvorav 52 (23,1%) var kvinner og 173 (76,9%) var menn. Deltagerne var mellom 25-74 år.	60% av kvinnene rapporterte opplevelse av strålende smerter til arm og skuldre. Kvalme var det nest mest dominerende symptomet hos kvinnene, da 53,8% rapporterte dette. 42,3% rapporterte ryggmerter, 17,3% rapporterte svimmelhet, mens 11,5% rapporterte hjertebank som et symptom. 73,1% av kvinnene rapporterte at de opplevde flere enn 3 tilstedeværende symptomer ved hjerteinfarkt.	
7	Sjöström-Strand, Annica og Bengt Fridlund. 2007 Sverige Internationa l journal of nursing studies	Women's descriptions of symptoms and relay reason in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study	Å undersøke og beskrive kvinners symptomer, samt årsaker for forsinkelse i å kontakte medisinsk hjelp, ved et førstegangs hjerteinfarkt.	Kvalitativ studiedesign, med dybdeintervju, med klare kjernesporsmål samt tilleggsspørsmål. Intervjuene foregikk 2-3. dag etter innleggelse, og varte i ca. 1 time. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker. Studien hadde et utforskende design basert på innholdsanalyse, som ble foretatt av hovedforfatteren.	Deltagerne ble valgt fra en kardiologisk sykehusavdeling. Totalt 19 kvinner som var diagnostisert med førstegangs hjerteinfarkt deltok i studien.	Kvinnene rapporterte et variert spekter av smerteopplevelse. Kvinnene opplevde press i brystet, smerter i venstre arm, ved skulderbladene, halsen samt ryggmerter. Kvinnene rapporterte også at smertene forflyttet seg fra en kroppsdel til en annen. Smertene kunne være trykkende, klemmende, brennende og sviende.	Nivå 2 Grad 1-100% Alle deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. Deltagelsen var frivillig, og de kunne trekke seg når som helst. Alt materiale ble behandlet konfidensielt og anonymisert.

	45: 1003-1010				<p>Kvinnene rapporterte fluktuerende smerter med høy intensitet i perioder, men hadde også avtagende smerter i perioder.</p> <p>Prodromale symptomer ble også rapportert av kvinnene. Svimmelhet, tungpustethet, kvelningsfølelse, fatigue, tyngdefølelse og skjelvinger i armene, svimmelhet, fordøyelsesbesvær og svetting var blant disse. Kvinnene opplevde disse symptomene som ”merkelige ubehag” og bagatelliserte dem.</p> <p>Angst og depresjon var også rapportert som framtrepende symptomer. Kvinnene opplevde angstopplevelser som det mest alvorlige symptomet, og førte til en frykt for å dø.</p> <p>Kvinnene rapporterte at de hadde symptomer 2-4 uker før hjerteinfarkt, og at disse gradvis forverret seg.</p> <p>Kvinnenes tidligere sykdom spiller inn på tolkningen av deres nåværende sykdom. Kvinnene prøvde å forklare</p>	Studien ble godkjent av ”The ethics committee at lund university” i Sverige.
--	---------------	--	--	--	--	--

						<p>symptomene med andre årsaker som var mer naturlige; alder, stress, for mye jobb.</p> <p>Kvinnene så ikke på seg selv som en tilhører i ”risikogruppen” for hjerteinfarkt. Dette til tross for arvelig disponering. Kvinnene så på seg selv som for unge eller for gamle for hjerteinfarkt.</p>	
8	<p>Løvlien, Mona, Ingela Johanson, Torstein, Hole og Berit Schei.</p> <p>2009</p> <p>Norge</p> <p>Gender Medicine</p> <p>6: 444-453</p>	<p>Early warning signs of an myocardial infarction and their influence on symptoms during the acute phase, with comparisons by gender.</p>	<p>Å undersøke hvilke prodromale symptomer som oppstår før et hjerteinfarkt, og hvordan pasientene reagerte på deres symptomer, med tanke på sammenligning av kjønns-forskjeller. Samt å vurdere om de prodromale symptomene hadde noe innflytelse på akutte symptomer som oppsto ved hjerteinfarkt.</p>	<p>Multi tverrsnittsstudie, ved bruk av selvadministrerende spørreskjema som ble sendt pr. mail til pasientene 2 uker etter utskrivelse av sykehuset.</p> <p>Spørreskjemaet inneholdt 48 standardiserte spørsmål, som spurte om pasientenes prodromale- og akutte symptomer på hjerteinfarkt, og hvordan de reagerte på dem.</p> <p>Spørsmålene gikk også ut på hvilken grad pasientene hadde opplevde symptomene, samt hvilke aktivitetsnivå pasientene var i når symptomene startet.</p>	<p>Totalt 777 pasienter ble rekruttert til studien. 39 ble ekskludert grunnet feildiagnostisering, alvorlige helseproblemer, var eldre enn 75 år eller grunnet død.</p> <p>738 pasienter fikk tilsendt spørreskjema.</p> <p>Totalt 533 pasienter svarte på spørreskjemaet og de ble dermed inkludert i studien.</p> <p>149 av deltagerne (28%) var kvinner, og hadde en gjennomsnittsalder på 61 år.</p>	<p>84% av kvinnene rapporterte at de opplevde prodromale symptomer i en tidsperiode på 1 år før hjerteinfarkt, og at de hadde tilstedeværende mer en 1 prodromal symptom.</p> <p>Det var 7 prodromale symptomer som var gjentagende rapportert hos kvinnene; brystubehag, rygg/skulderubehag, ubehag i armer, tyngpustethet, fatigue, angst og nervøsitet.</p> <p>Fatigue var det symptomet som hadde høyest forekomst med 68% av kvinnene (101/149),. Kvinnene beskrev at de var mye plaget i opp til 1 år føre hjerteinfarkt.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1-100%</p> <p>Alle deltagerne ble informert om studien under sykehusinnleggelsen.</p> <p>Deltagerne ga skriftlig samtykke og tillatelse til å innhente informasjon fra deres medisinske journal.</p> <p>Undersøkelsen ble dannet etter prinsippene i ”Declaration of Helsinki”, og ble etiske godkjent av ”Den regionale etiske komiteen for medisinsk</p>

				<p>Hvert spørsmål hadde svaralternativer.</p> <p>Pasientenes medisinske journal ble brukt for å bekrefte inklusjonskriteriene.</p>	<p>Studiens populasjon besto av pasienter fra 5 ulike kardiologiske sykehusavdelinger i Norge, over en tidsperiode på 13 måneder. Pasientene ble automatiske rekruttert til studien om de var innlagt med hjerteinfarkt, og var under 75 år.</p>	<p>Rygg/skulderubehag som var rapportert av 57% (85/149). 48% av kvinnene (71/149) rapporterte nervøsitet, 45% (67/149) rapporterte ubehag i armene, 44% (65/149) rapporterte brystubehag, 38% (56/149) rapporterte tungpustethet og 35% (52/149) av kvinnene rapporterte angst.</p>	<p>forskning ” i Norge.</p>
9	<p>Mujtaba, Sayad Fayaz, S.Nadeem H. Rizivi, Anosha Talpur, Fazla Younis, Kiran Minhas og Zoya Farooqui.</p> <p>2012</p> <p>Pakistan</p> <p>Journal of the collage</p>	<p>Gender based differences in symptoms of acute coronary syndrome.</p>	<p>Å undersøke om det et kjønnsbaserte forskjeller på smerteopplevelse og andre tilleggssymptomer ved akutt koronar syndrom.</p>	<p>Sammenliknende tverrsnittsstudie.</p> <p>Pasientene fikk tilsendt et spørreskjema med standardiserte spørsmål som inneholdt personalia, lokalisering-, intensitet-, alvorlighetsgrad-, varighet- og utstråling av smertene. Samt spørsmål om opplevelse av tilleggssymptomer.</p> <p>Hvert spørsmål hadde svaralternativer, med tilhørende forklaring/eksempel på fenomener ved de ulike alternativene.</p>	<p>Pasienter som var innlagt på medisinsk avdeling med akutt koronarsyndrom fra januar- juni 2010 ble rekruttert til studien.</p> <p>Pasienter med alvorlige grunndiagnoser og lidelser ble ekskludert.</p> <p>Totalt 437 pasienter deltok i studien, hvorav 230 var menn og 207 var kvinner. Gjennomsnittsalderen var 55.56 år.</p>	<p>Brystmerter var det mest rapporterte symptomet hos kvinnene.</p> <p>64 kvinner rapporterte milde smerter, 72 rapporterte moderate smerter og 72 kvinner rapportertete alvorlige smerter.</p> <p>70 kvinner rapporterte ubeskrivelige smerter, 69 rapporterte pressende smerter og 24 rapporterte brennende smerter. Andre smerteopplevelser som ble rapportert var murrende-, stikkende-, prikkende smerter.</p> <p>91 kvinner hadde smerter med varighet under 1 time, 57 hadde</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1-83%</p> <p>Etisk godkjent av komite.</p>

	<p>of physicians and surgeons</p> <p>22: 285-288</p>			<p>"Fisher's exact test" og "Chi-square" ble brukt til analysemodeller.</p> <p>P < 0,05 var ansett som statistisk signifikant</p>		<p>smerter fra 1-6 timer og 59 kvinner hadde smerter med varighet på over 6 timer.</p> <p>97 kvinner rapporterte at de hadde kontinuerlige smerter og 110 kvinner rapporterte at de hadde varierende grad av smerter som var flukterende.</p> <p>Tilleggssymptomene som kvinnene rapporterte mest var tungpust (88/207), kvalme (38/207), svetting (28/207) og svimmelhet 26/207). Kun 6 kvinner rapporterte hjertebank og kun 1 kvinne rapporterte syncope.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

10	<p>Khan, Jane JB, John W. Albarran, Violet Lopez og Sek Y. Chair.</p> <p>2010</p> <p>Kina</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>19: 2720-2729</p>	<p>Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey</p>	<p>Å undersøke kjønnsforskjeller i opplevelsen av brystmerter blant kinesiske pasienter med akutt hjerteinfarkt.</p>	<p>Kvantitativ prospektivt og beskrivende design.</p> <p>Data ble innhentet ved hjelp av spørreskjema, figur, skala, medisinsk journal og pasienten selv.</p> <p>Opplevelsene av brystmerter ble samlet inn ved hjelp av et selvadministrerende spørreskjema med en tilhørende liste over svaralternativer. Deltagerne skulle svare det alternativet som best gjenspeilet deres opplevelse, og i de tilfellene der ingen av alternativene var relevante var det mulig å skrive med egne ord hvilke opplevelser som var aktuelle.</p> <p>Intensiteten av smerten ble målt ved "Numeric Rating Acale" som er en skala som går fra 1-10, hvor deltagerne kan oppgi intensiteten av sine smerter.</p> <p>Lokaliseringen av smertene ble hentet inn ved å legge ved "body map" der</p>	<p>Deltagerne ble valgt fra kardiologisk avdeling i Hong Kong over en tidsperiode på 11 måneder.</p> <p>140 ble rekruttert til studien. Totalt 128 deltagere svarte, hvorav 64 var menn og 64 var kvinner.</p> <p>Dette ga et frafall på 12 deltagere.</p> <p>Deltagerne var over 20 år, og hadde påvist hjerteinfarkt.</p> <p>De som var kognitivt svekkede, høyt engstelige, kardiell sjokk og de som var avhengig av respirator ble ikke rekruttert til å delta i studien.</p> <p>Aktuelle deltagere ble kontaktet med en invitasjon til å delta i studien etter 12-48 timer etter innleggelse.</p>	<p>43/64 kvinner rapporterte at brystmerter var det første symptomet de opplevde ved hjerteinfarkt. Smertene var lokalisert i øvre brystparti (33/43), øvre venstre brystparti (26/43) øvre rygg og nakke (16/43). Flere kvinner opplevde også smerter i skuldre og armer, hvorav flesteparten hadde smerter i venstre side. Noen opplevde også smerter sentralt i brystet og i kjeven.</p> <p>21/64 kvinner rapporterte at brystsmertene var atypiske eller fraværende. Kvinnene rapporterte de atypiske brystsmertene ved øvre brystområde, strålende smerter fra bryst til nakke, øvre abdomen og bak i ryggen (øvre, midtre og høyre midtre side). Kvinnene rapporterte mer ubehag i brystet i stede for smerter. Ubegagene besto av pressende, klemmende, og murrende følelse.</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Grad 1-85%</p> <p>Etisk godkjenning ble gitt av en etisk review styre ved et stor akuttsykehus og ved et universitet.</p> <p>Deltagerne ble informert om studien ved et opplysningsskjema .</p> <p>Deltagerne kunne trekke seg når som helst i prosessen uten at det skulle ha noen betydning for behandlingen de fikk.</p> <p>Konfidensialitet ble sikret ved bruk av koding av innhentet materiale, og alt lå lagret i en safe som bare forskningsteamet hadde tilgang på.</p>
----	---	--	--	---	--	---	---

				<p>deltagerne kunne krysse av på figuren hvor lokaliseringen av smertene var.</p> <p>Personalia ble hentet fra medisinsk journal og pasientene selv.</p>			
11	<p>McIntire Sherrod, Melissa</p> <p>2011</p> <p>USA (Texas)</p> <p>Springer publishing company</p> <p>10: 1540-4153</p>	<p>Hispanic women's symptoms of coronary heart disease: are they different?</p>	<p>Å undersøke spanske kvinners tidlige symptomer ved akutt koronar syndrom, og undersøke om kvinnenes forståelse av symptomene bidrar til en bestemmelse om å søke hjelp.</p>	<p>Kvalitativ studiedesign</p> <p>Intervju med 13 kvinner ble utført per telefon, etter utskrivelse fra sykehus. Intervjuene hadde en varighet på max 60 minutter, og ble tatt opp med båndopptaker.</p> <p>Data ble innsamlet over en periode på 1 år.</p>	<p>Totalt 56 kvinner innlagt på sykehus for akutt koronar syndrom ble rekruttert til studien, på bakgrunn av medisinsk journal.</p> <p>29 kunne ikke lokaliseres, 9 ønsket ikke å være med i studien og 5 ble ekskludert grunnet mangel på engelsk språk.</p> <p>Totalt 13 kvinner deltok.</p> <p>Deltagerne var fra 39-75 år, kunne snakke engelsk, var spansk og representerte alle sosioøkonomiske nivå.</p>	<p>Kvinnene så ikke behov i å oppsøke medisinsk hjelp, da de følte at symptomene ikke var tilstrekkelige.</p> <p>Kvinnene opplevde en rekke prodromale symptomer.</p> <p>Depresjon/fatigue var det symptomet som ble rapportert hos flest kvinner (6/13) som tilsvarende 46,2%. Både angst og kortpustethet ble rapportert hos 5/13 kvinner (38,5). Deretter ble søvnvansker rapportert hos 4/13 kvinner (31%). Kvalme og oppkast ble rapportert av 3/13 (23%). Brystsmerter var det symptomet som var rapportert minst, med kun 2/13 kvinner (15,3%).</p> <p>Ingen av kvinnene så på symptomene som tegn på et behov for akutt medisinsk hjelp,</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1-100%</p> <p>Studien ble godkjent av "Institutional review board (IRB)"</p> <p>Deltagelsen var frivillig, og deltagerne ga tillatelse til innsyn i medisinsk journal.</p> <p>Deltagerne fikk informasjon om studien.</p> <p>Studien ble gjennomført etter retningslinjene til "Health insurance portability og accountability act (HIPAA)"</p>

						<p>og flere av kvinnene ble overasket når de senere ble diagnostisert.</p> <p>Kvinnene så ikke på seg selv som en tilhører i "risikogruppen" for hjerteinfarkt. Dette førte til manglede oppmerksomhet fra kvinnene på symptomene sine. Kvinnene ble overasket da de fikk diagnosen.</p>	
12	<p>Khan, Nadia, Stella S, Daskaloulou, Igor Karp, Mark J. Eisenberg, Roxanne Pelletier, Meytal Avgil Tsadok, Kaberi Dasgupta, Colleen M. Norris, og Louise Pilote</p> <p>2013</p>	<p>Sex differences in acute coronary syndrome presentation in young patients.</p>	<p>Å vurdere kjønnsforskjeller i akutt koronar syndrom, og å anslå assosiasjoner mellom kjønn, sosiodemografiske, kjønnsidentitet, psykososial og kliniske faktorer, koronarsykdom alvorlighetsgrad, og fravær av brystmerter hos unge pasienter med akutt koronalt syndrom.</p>	<p>Prospektiv kohort studie.</p> <p>Et standardisert validert spørreskjema (MAPMISS) ble delt ut til deltagerne under sykehusinnleggelsen.</p> <p>Spørreskjemaet var selvadministrerende, og vurderer nærvær og intensitet av 37 akutte hjerteinfarktsymptomer.</p> <p>Kjønnsidentitet, psykososial og kliniske faktorer og koronarsykdomens alvorlighetsgrad ble vurdert ved bruk av andre aktuelle spørreskjema og skalaer. (BSRI, HADS, GRACE og ACS type)</p>	<p>Pasienter som ble innlagt på kardiologisk avdelinger, intensivavdelinger eller koronaravdelinger på 24 avdelinger i Canada, 1 avdeling i USA og 1 avdeling i Sveits.</p> <p>Deltagere ble rekruttert mellom januar 2009 og september 2012.</p> <p>1174 deltagere ble rekruttert til studien, 159 av slo.</p> <p>Totalt 1015 deltok i studien, hvorav 710 var menn og 305 var kvinner.</p>	<p>Brystmerter var det mest fremtredende symptomet hos flest kvinner, 81/305.</p> <p>Likevel var det flere kvinner enn menn som ikke hadde brystmerter. 19% av kvinnene hadde ikke brystmerter, og disse kvinnene hadde også lite symptomer generelt.</p> <p>De mest fremtredende prodromale symptomer hos kvinnene var svakhetsfølelse(58/305), hetetokter(55/305), smerter i venstre arm eller skulder(50/305), kortpustethet (45/305), øvre ryggmerter(43/305), kaldsvette(40/305).</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Grad 1-100%</p> <p>Deltagelsen var frivillig.</p> <p>Studien ble godkjent av "McGill university health center" som fikk sin godkjenningstillatelse av Québec, Canada (et etisk senter)</p> <p>Alle avdelingene fikk godkjenning av de respektive etikkomiteene på de ulike sykehusene.</p>

	Canada, USA og Sveits				Deltagerne hadde en gjennomsnittsalder på 49 år.	Andre aktuelle symptomer var smerter i begge armer, kvalme, svimmelhet, smerter i høyre arm eller skulder, nakke og/eller halssmerter, oppkast, hodepine, kjeve og/eller tannpine, skjelving, smerter i bein og hovne armer.	
	Journal of the American medical association					Kvinnene hadde flere symptomer som var fremtredende enn menn. 52 kvinner hadde 3-7 symptomer, 26 kvinner hadde flere enn 7 symptomer, 16 kvinner hadde 1-2 symptomer og 6 kvinner hadde ingen symptomer.	
	172(20): 1863-1871						
13	DeVon, A. Holli, Catherine J. Ryan, Amy L. Ochs og Moshe Shapiro.	Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men.	Å undersøke forskjeller mellom kvinner og menn i type, alvorlighetsgrad, lokalisering og kvalitet av symptomer ved akutt koronar syndrom, samt kontrollerer for alder, diabetes, funksjonell status, angst og depresjon.	Kohortstudie med strukturert intervju. Intervjuene ble gjort på pasientrommet til deltagerne. 3 ulike skalaer ble brukt i datainnsamlingen: -The symptoms og acute coronary syndromes inventory: inneholder tre deler som beskriver type, alvorlighetsgrad, lokalisering og kvalitet av	Pasienter som var innlagt på 2 ulike kardiologiske avdelinger i Midtvesten USA, med diagnosen akutt koronar syndrom ble rekruttert til studien. 282 ble rekruttert til studien, 10 deltagere ønsket ikke å delta og 16 ble ekskludert da de ble diagnostisert med ikke-kardiologiske diagnoser. Totalt 256 deltagere ble	Brystsmerter var det symptomet som ble rapportert hos flest kvinner 84/112 (75%). Færre kvinner enn menn rapporterte brystsmerter. De mest fremtredende beskrivelsene av brystsmertene var pressende (86/115), tetthetsfølelse (74/115), tyngdefornemmelse (65/115), verkende (64/115) og trett smerte (50/115). Kvinnene rapporterte også knusende, brennende, kilende, fullhet, skvisende, stikkende,	Nivå 1 Grad 1-100% Deltagelsen var frivillig, og det ble gitt skriftlig informasjon til alle deltagerne. Deltagerne ble forsikret om konfidensialitet. Studien ble gjort med henhold til retningslinjene til "Health insurance

	17: 14-24			<p>symptom. Deltagerne skyulle beskrive sin opplevelse av symptomer ut i fra skalaen.</p> <p>-CCS Classification of angina: vurderer deltagerens fysiske funksjon.</p> <p>-Hospital anxiety and depression scale: selvadministrerende skala for å måle grad av angst og depresjon.</p> <p>Medisinsk journal ble brukt for innsamling av personalia.</p> <p>Datainnsamlingen foregikk mellom juli 2003 og august 2005.</p>	<p>med i studien, hvorav 112 var kvinner og 144 var menn.</p> <p>Inklusjonskriterier var at deltagerne måtte vært innlagt minst 12 timer før intervjuet fant sted, var eldre enn 21 år, snakket engelsk, var smertefri, hadde stabile vitale tegn og var stabil kognitivt.</p>	<p>kramper og sammentrekkende smerter.</p> <p>De mest rapporterte lokaliseringer for smerteopplevelse hos kvinnene var sentralt i brystet(75%), venstre side av brystet(57%) venstre skulder(42%), venstre arm(40%), høyre side av brystet(37%) og nakke (37%).</p> <p>Kvinnene rapporterte også smerteopplevelse i kjeve, hals, høyre skulder, høyre arm, øvre rygg, midtrerygg, tenner og øvre del av mage.</p> <p>21% av kvinnene rapporterte at de ikke hadde noen opplevelse av brystesmerter.</p> <p>De mest rapporterte prodromale symptomer hos kvinnene var fatigue (65%), kortpustethet (62%), svakhetsfølelse (62%), angst (58%) og svetting (55%).</p> <p>Andre prodromale symptomer som ble rapportert var fordøyelsesproblemer, hjertebank, kvalme, nummenhet</p>	portability and accountability act”
--	-----------	--	--	---	--	---	-------------------------------------

						i hendene. Disse symptomene hadde høyere forekomst hos kvinner enn menn.	
--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg E – Oversikt over tema og undertema med kilde til artikkel

Hovedtema er skrevet med fet skrift.

Undertema er skrevet med normal skrift med tilhørende kilde fra hvilken artikkel funnet er identifisert.

Funn	Artikkel
Brystsmerter av ulik karakter	
Det mest framtredeende symptomet	(MacInnes 2006) (Davis et. al 2013) (Isaksson et. al 2013) (Berg et. al 2009) (Khan et. al 2013) (DeVon et. al 2008) (Mujtaba et. al 2012) (Khan et.al 2010)
Kvinnene opplevde varierende grad av brystmerter	(Ruston og Clayton 2007) (Albarran et. al 2006) (Isaksson et. al 2013) (Berg et. al 2009) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007) (Mujtaba et. al 2012) (Khan et. al 2010) (DeVon et. al 2008)
Noen kvinner hadde ikke brystmerter (stille infarkt)	(McInnes 2006) (Davis et. al 2013) (Berg et. al 2009) (Khan et. al 2013) (DeVon et. al 2008) (McIntire 2011)
Klassiske brystmerer- intense og uutholdelige	(McInnes 2006) (Davis et. al 2013) (Albarran et. al 2006)
Fluktuerende smerter	(Davies et. al 2013) (Isaksson et. al 2013) (Berg er. Al 2009) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007) (Mujtaba et. al 2012)
Kontinuerlige smerter	(Isaksson et. al 2013) (Berg er. Al 2009) (Mujtaba et. al 2012)
Ulik varighet	(Isaksson et. al 2013)(Mujtaba et. al 2012) (Berg et. al 2009)
Prodromale symptomer over tid	
En rekke ulike symptomer	(Ruston og Clayton 2007) (Albarran et. al 2006) (MacInnes 2006) (Davis et. al 2013) (Isaksson et. al 2013) (Berg et. al 2009) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007) (Løvlien et. al 2009) (Mujtaba et. al 2012) (Sherrod McIntire 2011) (Khan et. al 2013) (DeVon et. al 2008)
Forverret seg over tid med intervaller	(Ruston og Clayton 2007) (Albarran et. al 2006) (Davis et. al 2013) (Isaksson et. al

	2013)
Oppsto nye symptom for hver gang	(Ruston og Clayton 2007) (Davis et. al 2013)
Flere symptomer tilstedeværende samtidig	(MacInnes 2006) (Berg et. al 2009) (Løvlien et. al 2009) (Khan et. al 2013)
Ble normalisert	(Ruston og Clayton 2007) (Albarran et. al 2006) (McInnes 2006) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007) (Sherrod McIntire 2011) (Khan et. al 2013) (DeVon et. al 2008)
Ble relatert til andre årsaker	(Ruston og Clayton 2007) (Albarran et. al 2006) (McInnes 2006) (Davis et. al 2013) (Sherrod McIntire 2011)
Symptomene var ikke som kvinnene hadde forventet	(Albarran et. al 2006) (MacInnes 2006)
Tidligere sykdom spille inn på tolkning av nåværende sykdom	
Tidligere erfaring med hjertesykdom-søkte raskt hjelp	(Ruston og Clayton 2007) (MacInnes 2006)
Kronisk syke med ikke-hjarterelatert sykdom- søkte hjelp seinere	(Ruston og Clayton 2007) (Albarran et. al 2006)
Relaterte symptomer til sykdom	(Ruston og Clayton 2007) (Albarran et. al 2006) (MacInnes 2006)
Relaterte symptomer til "naturlige" forklaringer	(Albarran et. al 2006) (Isaksson et. al 2013) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007)
Ikke en del av "risikogruppen"	
Kvinnene så ikke på seg selv som en del av risikogruppen for hjerteinfarkt	(Albarran et. al 2006) (MacInnes 2006) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007) (Sherrod McIntire 2011)
Ble overasket over diagnosen	(Sherrod McIntire 2011)
Til tross for tilstedeværelse av risikofaktorer	(MacInnes 2006) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007)
Så på seg selv som for spreke, for unge o.l	(Albarran et. al 2006) (Sjöström-Strand og Fridluns 2007)