



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinnehjertet - erfaringer med akutt koronarsyndrom
og prehospital forsinkelse / Women`s heart -
experiences of acute coronary syndrome and
prehospital delay**

Kandidatnummer 3 og 25

Totalt antall sider inkludert forsiden: 85

Molde, 31/5-2019



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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.

Opgaver 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

Dato: 31/5-2019

Antall ord: 10965

”Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all of our lives”.

- Florence Nightingale

Sammendrag

Bakgrunn: Forekomst av hjerte- og karsykdommer er økende, men samtidig går dødeligheten ned. Det er fortsatt flere kvinner enn menn som dør av sykdommen og det er kvinnene som forsinkes mest å søke behandling.

Hensikt: Å belyse kvinners erfaringer ved akutt koronarsyndrom.

Metode: 10 kvalitative forskningsartikler ble inkludert etter systematisk databasesøk og analysert ved hjelp av Evans (2002) sin analysemetode.

Resultat: Kvinner opplever ofte varierende og vage symptomer, men også brystmerter. De gjennomgår en kompleks avgjørelsesprosess som innebærer bruk av selvbehandlingsstrategier, prioriteringer og et ønske om å beholde kontrollen over situasjonen. Det kan være vanskelig å tolke deres symptomer rett og tidligere erfaringer brukes for å forklare disse. Summen av alle disse faktorene gjør at kvinnene forsinkes å søke helsehjelp.

Konklusjon: Sykepleierne bør være forberedt på at kvinnenes symptompresentasjon varierer og symptomutviklingen påvirker den prehospital forsinkelsen. Forsinkelsen er også påvirket av den overordnede prosessen kvinnene gjennomgår før avgjørelsen om å søke hjelp, i tillegg til det subjektive kunnskapsgrunnlaget som benyttes i tolkningen av symptomer. For å kunne endre kvinnenes helseatferd, må en kanskje begynne på samfunnsnivå. Det er derimot viktig at sykepleierne møter disse kvinnene med anerkjennelse når de først kontakter helsevesenet.

Nøkkelord: akutt koronarsyndrom, kvinner, prehospital forsinkelse, helseatferd, erfaringer

Abstract

Background: The incident rate of cardiovascular disease is predicted to increase, though morbidity rates are decreasing. However, more women than men die of the disease, and women delay most to seek medical care.

Aim: To explore women's experiences of acute coronary syndrome.

Method: 10 qualitative studies have been included in this study and analyzed using Evans' (2002) methodology.

Results: Women often experience vague symptoms of coronary disease, but also chest pain. They go through a complex process of decision-making including the use of self-treatment strategies, prioritizing everyday commitments, and the desire to retain control over the situation. Interpreting their symptoms can be difficult and earlier experiences are used to explicate the situation. These factors contribute to delayed seek of medical care.

Conclusion: Women's symptom presentation and development of these influence the prehospital delay. The overall process women go through before deciding to seek medical care, in addition to the subjective knowledge women use to interpret their symptoms contributes also to the delay. To change women's health behavior, changes might have to begin in society. Even so, nurses must acknowledge these women when they first contact the health care system.

Keywords: acute coronary syndrome, women, prehospital delay, health behavior, experiences

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt	2
1.2	Problemstillinger	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Akutt koronarsyndrom	3
2.2	Prehospital forsinkelse	4
2.3	Helseatferdsmodellen.....	5
3.0	Metodebeskrivelse	6
3.1	Metodevalg	6
3.2	Datainnsamling	6
3.2.1	Kriterier for inklusjon og eksklusjon	6
3.2.2	PICO-modellen og søkeord.....	7
3.2.3	Databasesøk	7
3.3	Kvalitetsvurdering.....	9
3.4	Egne etiske hensyn.....	10
3.5	Analyse	10
4.0	Resultat	12
4.1	Symptomopplevelse	12
4.2	En overordnet prosess	13
4.3	Oppfatninger av - og forventinger til sykdomsbildet.....	13
4.4	Kunnskap om – og tolkning av symptomer	14
4.5	Ønsket om å beholde kontroll	16
4.6	Prioriteringer og bekymringer som involverer andre.....	17
4.7	Erfaringer med helsetjenesten.....	18
5.0	Diskusjon	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.2	Resultatdiskusjon	23
5.2.1	Kvinner symptomer på hjerteinfarkt	23
5.2.2	Kunnskap og tolkning	24
5.2.3	En overordnet prosess	27
5.2.4	Relevans for sykepleiere	30
6.0	Konklusjon	32

Vedlegg 1 - PIO-skjema og søkestrategi

Vedlegg 2 - Eksempel på kategorisering i analyseprosessen

Vedlegg 3 - Oversiktstabell over inkluderte studier

Vedlegg 4 - Eksempel på indeksering av tidsskrift og sjekklister for kvalitative studier

1.0 Innledning

Forskning om hjerteinfarkt og forsinket behandlingssøk går langt bak i tid (Hackett og Cassem 1969). Studien skilte ikke mellom kjønn, men ønsket å beskrive utbredelsen og forekomsten av de forskjellige faktorene som påvirket forsinkelsen. Funnene viste at kvinnene hadde lengre forsinkelse enn menn. Senere, en ny gjennomgang av litteraturen viste også at kvinnene forsinket behandlingssøk mer enn menn (Dracup et. al 1995). I 1998 Foster og Mallik undersøkte det samme fenomenet i en studie på 12 kvinner og 12 menn og fant at de fleste kvinner forsinket lengre å søke hjelp enn menn.

Nesten 20 år senere har vi mer kunnskap om fenomenet i et kjønn perspektiv og oppmerksomheten rettes mer og mer mot kvinner og deres forsinket behandlingssøk. Meyer et al. (2018, 3-7) sin studie viser at det er en nedgang av total iskemisk tid hos både kvinner og menn siden 2000, men denne tiden er fortsatt mye høyere hos kvinner. Kvinnelig kjønn er fortsatt en faktor som bidrar til lengre forsinkelse. Tiden fra symptomdebut til første medisinsk kontakt er den som bidrar mest til dette. Studien konkluderer med at både kvinner og menn har lik nedgang i system forsinkelse, men kvinner har fortsatt lengre pasient forsinkelse som har vært uendret for over tiår (Meyer et al. 2018, 3-7).

Årsaken for valg av tema var interessen vi hadde for temaet, og at gjennom samtale med helsepersonell, pasienter og lekfolk, oppdaget vi at det fantes et stereotypisk syn på sykdommen. Vi ble også kjent med et prosjekt som foregår i Molde og heter for ”Sammen redder vi liv” i regi av Molde Sanitetsforening og Helsedirektoratet. Prosjektet handler om å undervise eldre personer om akutte sykdommer som hjerneslag, akutt koronarsyndrom og hjertestans. Et av prosjektets fokusområder er at folk skal få kunnskap om at kvinner og menn kan ha ulike symptomer og at disse ofte kan være vage hos eldre mennesker. Dette er et viktig tverrfaglig samarbeid mellom myndigheter, frivillige og blant annet sykepleiere. Litteraturstudien vår har dermed muligheten til å bidra til kunnskapsutvikling og nyansering på et tverrfaglig nivå, samt gi en mer detaljert beskrivelse av kvinners erfaringer med akutt koronarsyndrom. Å undersøke kvinners erfaringer synes vi var et viktig aspekt av arbeidet vårt, i og med at det siden 1999 var etterspurt mer oppmerksomhet på kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse og sykdom (Rødland 2018, 3). I 2018 skriver Rødland (2018, 3) at det er fortsatt store kunnskapshull og manglende oppmerksomhet på flere områder innen kvinnehelse.

1.1 Hensikt

Å belyse kvinners erfaringer ved akutt koronarsyndrom.

1.2 Problemstillinger

1. Hvordan erfarer kvinner symptomer på akutt koronarsyndrom?
2. Hvorfor oppsøker kvinner sent helsehjelp ved akutt koronarsyndrom?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Akutt koronarsyndrom

Begrepet akutt koronarsyndrom dekker tilstandene ustabil angina pectoris og hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt oppstår ved opphør av blodstrøm gjennom koronararteriene. Typen hjerteinfarkt, STEMI eller NSTEMI, har sitt navn fra hvilken forandring de gir i EKG (Eikeland, Haugland og Stubberud 2017, 242; Jacobsen et al. 2017, 77,78). Tilstanden ustabil angina pectoris er nedsatt blodstrøm i koronararteriene med samme sykdomsmekanisme som ved hjerteinfarkt (Jacobsen et al. 2017, 77). Det vil si at koronararteriene ikke er fullstendig okkludert.

Det ble registrert 11401 pasienter som mottok behandling for akutt hjerteinfarkt i 2017 i spesialisthelsetjenesten i Norge. Av disse er 36% kvinner (Folkehelseinstituttet 2018, 3; Hjerteinfarktregisteret 2018, 3). I 2017 døde 982 kvinner av akutt hjerteinfarkt i Norge (Folkehelseinstituttet 2019). Folkehelseinstituttet (2018, 9-10) skriver at forekomsten av hjerte og karsykdommer er spådd å øke, men at dødeligheten går ned, særlig for hjerteinfarkt. Antall mennesker som overlever hjerteinfarkt etter 30 dager er i dag 90%. (Hjerteinfarktregisteret 2018, 3)

Hjertets muskelceller, myokard, forsynes av arterielt blod fra koronararteriene som forgrener seg ut fra aorta til hver ventrikkel. Myokardet har et stort oksygenbehov, der 70% av tilført oksygen blir ekstrahert fra arterieblodet. Det til sammenligning med resten av kroppens vev som forbruker kun 25% (Sand, Sjaastad og Haug 2014, 439). Et sånt behov gjør at mangelen på oksygen kan gi store ødeleggende konsekvenser som ved en karokklusjon. Ifølge Sand, Sjaastad og Haug (2014, 440) er myokardet svært fleksibel i sitt forbruk av næringsstoffer fra blodbanen som glukose, fettsyrer, ketoner og laktat, det er dermed redusert oksygentilførsel som blir en trussel ved redusert blodgjennomstrømming.

Felles for de karokkluderende tilstandene er mekanismen som oppstår etter ruptur av aterosklerotisk plakk i arterieveggen. En kaskadereaksjon av trombinproduksjon, fibrinavleiring og blodplateaggregasjon starter. Det resulterer i delvis eller fullstendig okklusjon av arterielumen med myokardiskemi av varierende grad (Eikeland, Stubberud og Haugland 2017, 243). Den nedsatte tilførselen av oksygen fra blodbanen kan gi død av myokardceller (Jacobsen et al. 2017, 78). 60-80% av vevsødeleggelsen skjer allerede i de

første 4-6 timene etter debut av iskemismerter (Eikeland, Haugland og Stubberud 2017, 245).

Diagnosen hjerteinfarkt stilles ved akutte brystmerter i mer enn 20 minutter, EKG-forandringer og stigning i troponin verdi. To av tre kriterier er tilstrekkelig for å sette diagnosen. Ved STEMI kan diagnosen stilles ut i fra kun EKG-forandringer. (Jacobsen et al. 2017, 79; Eikeland, Haugland og Stubberud 2017, 244) Ustabil angina pectoris vil ikke ødelegge myokard og dermed ikke gi stigning av troponin. Tilstanden kan gi utslag på EKG (Eikeland, Haugland og Stubberud 2017, 243-244).

Symptomer på akutt hjerteinfarkt beskrives som klemmende og trykkende smerter, vanligvis lokalisert midt i brystet, med utstråling særlig til venstre arm. Utstråling av smerter til skuldrene og kjeven er også vanlig (Jacobsen et al. 2017, 72). Enkelte kan oppleve en sterk følelse av tung pust. Atypiske smerter slik som magesmerter og ryggmerter kan forekomme, spesielt hos kvinner. Generell uvelhet, svimmelhet eller kvalme kan også oppleves. På grunn av økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet kan huden være blek, kald og klam (Nakstad 2017, 130).

Akutt koronarsyndrom krever akutt medisinsk behandling i form av reperfusjon og symptomlindring. MONA-behandling bestående av morfin, oksygen, glyserolnitrat og acetylsalisylsyre gis ofte prehospitalt. Målet er å lindre smertene, begrense infarktets størrelse, forebygge og behandle komplikasjoner. Senere gjøres revaskularisering enten trombolytisk, i form av metalyse, med perkutan koronar intervensjon (PCI) eller koronar bypassoperasjon (Eikeland, Haugland og Stubberud 2017; Jacobsen et al. 2017, 80).

2.2 Prehospital forsinkelse

Behandlingsresultatet er avhengig av hvor raskt pasienten får helsehjelp og den prehospital forsinkelsen er en av de viktigste årsakene når det oppstår forsinket behandling. Dette er avgjørende for myokardskadens omfang og pasientens prognose (Eikeland, Haugland og Stubberud 2017, 245). Prehospital pasientforsinkelse deles i en studie av Mackay et al. (2104, 485) inn i kategoriene, fra symptomstart til ankomst sykehus og fra symptomstart til avgjørelsen om å søke hjelp blir gjort. Forfatterne anbefaler alle studier å benytte å enes om disse to kategoriene innen fagfeltet.

Nyere studier viser at kvinnekjønn er sterkt samvariert til prehospita l forsinkelse ved akutt koronarsyndrom, dette til sammenligning med menn (Chandrasekhar, Gill og Mehran 2018, 272). Ngyen et al. (2010, 84) skriver i sin studie at det er større sannsynlighet for at pasienten er mann ved ankomst sykehus innen 2 timer etter symptomstart, det samme gjelder innenfor 6 timer. Vi kan se i en ny europeisk studie som tar for seg trenden fra 2000 – 2016 at for kvinner er det fortsatt prehospita l forsinkelse som er den mest utløsende årsak til tapt tid til behandling sammenlignet med menn (Meyer et.al 2018).

2.3 Helseatferdsmodellen

Teorier er en systematisk måte å forstå handlinger, atferd og situasjoner og de tilbyr forslag på hvordan man kan påvirke og endre helseatferden til mennesker (Glanz og Bishop 2010, 401). Ved å bruke teoriene kan man ikke finne årsak til sykdommene, men heller forstå hvordan man kan forbedre menneskers helse, særlig ved bruk av teorier som legger vekt på individuell helseatferd (Rimer og Brewer 2015, 72).

The Health Belief Model, eller helseatferdsmodellen presenteres her. Modellens helhetlige premiss er at mennesker har en sannsynlighet for å innta en viss helseatferd hvis de tror at de er mottakelig for sykdom, at sykdommen potensielt kan ha alvorlige konsekvenser og at en viss handling kan redusere sykdommens alvorlighet eller pasientens sårbarhet for den. Videre må menneskene tro på at det er fordeler ved å utføre denne handlingen og at fordelene ved å utføre denne kan veie opp for de oppfattede hindringene (Skinner, Tiro og Champion 2015, 77). Modellen er en bekreftet metode for å identifisere helseatferd som har behov for endring og er nyttig i arbeidet for å utvikle intervensjoner og evalueringer. (Rierner og Brewer 2015, 68) Teorien kan bidra til bedre forståelse særlig ved symptomdrevet søk til behandling hos mennesker (Rierner og Brewer 2015, 70).

Helseatferdsmodellen har flere nøkkelkomponenter. Disse er oppfattet mottagelighet, alvorlighet, betydningen av selvtro, oppfattede fordeler og hindringer av atferd. Disse komponentene kan bidra i utviklingen av tiltak til å endre helseatferd (Skinner, Tiro og Champion 2015, 76).

3.0 Metodebeskrivelse

Alle deler av litteraturstudiets metode skal fremkomme på en tydelig måte og andre skal kunne gjenta undersøkelsen (Eines 2018, 7) Vi beskriver videre vår metode for studien.

3.1 Metodevalg

Vår litteraturstudie fulgte retningslinjer gitt av Eines (2018). Det er gjort en strukturert og systematisk studie av tilgjengelig litteratur i form av primærstudier, etter valgt studiedesign. I sykepleieutdanningen er systematiske litteratursøk en vanlig brukt metode til en bacheloroppgave. Det stilles krav til systematikk og innhold, studien må ha hensikt, problemstilling, databasesøk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materiale (Christoffersen et al. 2015, 62)

Med bakgrunn i vår hensikt fant vi kjernes spørsmålet: “Hvordan oppleves det?” og valgte derfor å inkludere studier med kvalitative design. Dette er det best egnede designet for å besvare menneskers opplevelser, tanker og erfaringer. (Nortvedt et al. 2012, 38)

3.2 Datainnsamling

Etter å ha erfart, lest og anerkjent et informasjonsbehov om temaet, diskuterte vi oss frem til en aktuell hensikt og problemstillinger. Vi har inkludert 10 originale studier i vår litteraturstudie. Det ble gjennomført databasesøk basert på hensikt og problemstilling. Vi hadde også veiledning fra bibliotekar på søkestrategi.

3.2.1 Kriterier for inklusjon og eksklusjon

Inklusjon	Eksklusjon
Kvinner	Menn
18 år og eldre	Symptomstart på AKS i sykehus
Symptomstart på AKS utenfor sykehus	Publisering tidligere en 2008
Fagfellevurdert	Sykepleie- og pårørende perspektiv
Det er tatt etiske forbehold	Oversiktsartikler
Kvalitative studier	
Pasientperspektiv	
Publisering etter 2008	
norsk, svensk, dansk eller engelsk språk	

3.2.2 PICO-modellen og søkeord

Nøkkelordene fra hensikten og problemstilling ble satt inn i skjema etter PICO - modellen. De ble hentet fra oversiktsartikler, originalartikler og fagbøker som vi leste om temaet. Ord fra vårt eget fagspråk som sykepleiere, oversatte vi til engelsk. Ifølge Nordtvedt et al. (2012, 33 - 34) anbefales det at nøkkelordene blir plassert inn i PICO-skjema slik at søket struktureres. Forfatterne skriver at de fem bokstavene representerer hver sin kategori som beskriver elementer i det kliniske spørsmålet og vi presenterer dem videre etter deres beskrivelser.

Under kategorien P, "patient" eller "problem", ble den aktuelle tilstanden akutt koronarsyndrom. Nøkkelordene ble forskjellige utgaver av navnet på sykdommen og de tre forskjellige tilstander som er underlagt den. Under kategorien I, faller den intervensjon eller tiltak som vi hadde med i problemstillingene. Kvinnenes intervensjon var i vårt tilfelle det å søke behandling og nøkkelordene ble flere utgaver av begrepet å søke helsehjelp. Kategorien under C for sammenligning, "comparison", var ikke hensiktsmessig å ta med i vårt skjema, den skal benyttes om en gjør en sammenligning mellom to kategorier. Dermed ble det utformet et PIO-skjema. Siste kategori O, for "outcome", representerer utfallet vi ønsket å finne. I vår litteraturstudie skulle det være erfaringer, tolkninger og opplevelser.

3.2.3 Databasesøk

Det ble gjennomført søk i tre databaser basert på anbefalinger. Ifølge Christoffersen et al. (2015) er Medline og CINAHL gode databaser for sykepleieforskning. Disse, i tillegg til Proquest Health Research Premium Collection, er også anbefalt av Høgskolen i Molde (2018).

Behovet for å kombinere de forskjellige søkeordene dekket vi ved å bruke boolske operatører i søkeprosessen. Ved å kombinere OR mellom hvert av søkeordene under hver kategori i PICO-modellen, kan man utvide resultatet til å inneha enten de ene eller det andre ordet. Videre kan man søke mellom hver kategori med operatøren AND for å avgrense søket til å inneholde søkeordene på tvers av kategoriene (Nordtvedt et al. 2012, 55). På bakgrunn av mulighetene dette gav oss valgte vi å benytte OR mellom hvert søkeord og AND mellom hver kategori i PIO-skjema.

Alle søkeord ble vurdert for trunkering. En trunkering søker på stammen i ordet og dermed inkluderes alle varianter av det. Trunkeringen markeres med en stjerne i PIO-skjemaet (Nortvedt et al. 2012, 56)

I søkene for Ovid Medline og CINAHL benyttet vi funksjonen Clinical Queries som er et verktøy for begrensning som blant annet kan benyttes for å sile ut enkeltstudier innen kvalitativ forskning etter forskningsdesign. Resultatet kan vises etter spesifisitet, sensitivitet eller et balansert resultat mellom de to (Nortvedt et al. 2012, 60).

For uten søk i CINAHL, inkluderte vi bruk av emneord i søkestrategien. Ifølge Nortvedt et al. (2012, 59-59) er det standardiserte medisinske emneord som har som funksjon å indeksere referanser. Forfatterne skriver videre at de fungerer som en paraplybetegnelse for synonymer, stavemåter og endelser. Søket blir mer treffsikkert og vill hjelpe oss å holde oss til hovedtema, samtidig som øker muligheten for å finne relevant litteratur.

Da vi benyttet Ovid Medline la vi til emneordene Myocardial Infarction, Acute Coronary Syndrome, Angina-Unstable, Non-ST Elevated Myocardial Infarction, ST-Elevation Myocardial Infarction, Decision Making, Medical Assistance, Emergency Services og Symptom Assessment etter forslag fra søkemotoren. Etter kombinerings av søkeord under kategorien P, satte vi begrensninger i resultatet til å gjelde kvinner over 19 år, publiseringsdato fra 2008 til dagens dato og språk ble begrenset til dansk, norsk, svensk og engelsk. Etter alle kategorier og søkeord var kombinert etter tidligere beskrevet strategi, måtte vi gjøre en ytterligere begrensning på resultatene. Vi valgte å benytte oss av søkemotorens funksjon Clinical Queries. Resultatet fra denne begrensningen ble kombinert med ordet "qualitative" og emneordet Qualitative Research, kombinasjonen ble gjort med den boolske operatøren AND. Søket ga 95 resultater, der 14 abstrakts og 8 artikler ble lest. 3 artikler ble forkastet, mens vi valgte å inkludere 5 artikler i litteraturstudien.

For databasen Proquest benyttet vi emneordene Help-Seeking Behavior, Qualitative Research og Women`s health etter vi fant dem i søkemotorens forslags system for emneord. Begrensninger ble satt til å gjelde kvinner i alder fra 19 år, språkene norsk, engelsk, svensk eller dansk og ha utgivelsesdato etter januar 2008. Søkemodus ble satt til "Anywhere except full text". Av 76 resultater ble det lest 25 abstrakter og 6 artikler. Vi valgte å inkludere 3 artikler.

I Cinahl ble søkemode satt til "Boolean/Phrase" for å kunne benytte boolske operatører i søket. Begrensinger ble satt til kvinner i alder 19 år og eldre, språk begrenset til dansk, norsk svensk og engelsk, samt publiseringsdato til å gjelde fra januar 2008 til dagens dato. Det ble benyttet Clinical Queries til å begrense til kvalitativ forskning med høy spesifisitet og best balanse. Av 97 resultater ble 9 abstrakt og 4 artikler lest. 3 artikler ble forkastet, men vi valgte å inkludere 1 artikkel i vår litteraturstudie.

Vi gjennomførte et manuelt søk i CINAHL basert på artikkelens tittel etter at vi ble kjent med den i en substudie basert på samme metode og utvalg. Vi valgte å inkludere artikkelen i vår litteraturstudie.

3.3 Kvalitetsvurdering

Hver studie gjennomgikk sjekklister for kvalitativ studie anbefalt av Helsebiblioteket (2018). Sjekklisten tar for seg 10 spørsmål rettet mot studienes hensikt, utvalg, metode, etiske forhold, forfatterens forforståelse, analysemetode, presentasjon av funn og relevans for praksis. De var til hjelp for å systematisere vår egen kritikk og vurdere relevans for vår egen hensikt og problemstilling. Ifølge Malterud (2017, 223) skal sjekklisten være et supplement til vår egen vurdering av studien og ikke et mål i seg selv. Vi kommenterte hvert punkt skriftlig for å sikre at vi benyttet sjekklisten som hjelpemiddel og vurderingsfasit.

Vi valgte å gi studiene en skalert vurdering etter Folkehelseinstituttet (2019a) sin veileder for sjekklister. Denne skalaen gir kvalitetsgradering ut fra hvor mange av sjekklstens kriterier som er oppfylt. De forskjellige nivåene var til hjelp for at vi kunne konkretisere kritikken mot studiene vi inkluderte.

Alle studiene ble vurdert opp imot kravet for fagfellelvurdering som stilles i retningslinjene for litteraturstudien (Eines 2018, 8). Nortvedt et al. (2012, 197) skriver at en slik vurdering er en kvalitetssikring fra andre eksperter på et aktuelt fagområde og har som mål å sørge for en bred kvalitetssikring av publiserte studier. I Norge har Norsk senter for forskningsdata, NSD, en søkbar oversikt for kanaler som publiserer vitenskapelige studier. NSD stiller kvalitetskrav til publiseringskanalene for at de skal kunne inkluderes i oversikten, blant annet skal de ha et system for ekstern fagfellelvurdering før publisering

(NSD 2019). Vi søkte opp aktuelle publiseringskanaler for våre inkluderte studier, for å sikre at studiene overholdt retningslinjenes krav til fagfellevurdering.

Det var viktig at forfatterne inkluderte grunnleggende etiske prinsipper i sin forskning. Et informert samtykke og skriftlig informasjon er ifølge Malterud (2017, 214) en forutsetning for forsvarlig etiske framgangsmåter, særlig siden kvalitative data er personlige og dermed svært sensitive. Studiene vi inkluderte oppfylte disse forutsetningene.

3.4 Egne etiske hensyn

I prosessen med denne litteraturstudien har vi i forkant reflektert rundt vår forforståelse av akutt koronarsyndrom og kvinners erfaringer. Vi stilte oss spørsmål rundt hva våre egne erfaringer fra praksis har gjort med vår oppfatning av disse pasientene og sammen forsøkt å klargjøre hvilke holdninger vi selv sitter inne med slik at vi er dem selv bevisste. Vår forforståelse beskrives av Malterud (2017, 44-45) som vår bagasje som vi bærer med oss inn i prosjektet. Hun skriver at vi kan hindres i å se funnene våre fordi vi allerede har ubevisst bestemt hva vi vil finne. Dette hinderet bestemmes av erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv.

Utvelgelsen av artikler ble gjort systematisk, ekskluderte studier er det av årsaker som ikke farges av vår egen forforståelse. De er enten for gamle, treffer ikke våre inklusjonskriterier eller har metodevalg som vi mener ikke gjør utvalget i stand til å svare på vår problemstilling.

3.5 Analyse

For å oppnå en god syntese av våre funn fra de inkluderte originalstudiene, valgte vi å benytte Evans sine fire stadier som teoretisk rammeverk. Forfatteren presenterer en oversiktlig teori basert på likheter i andre analyseverktøy for kvalitativ metode (Evans 2002, 25). Første fase beskrives som en innhenting av utvalg. I vår prosess ble dette starten av arbeidet vårt med å bestemme valg av kvalitative studier som hensiktsmessig design for vårt kjernesporsmål. Videre gjennomførte vi søkeprosessen og kritisk vurdering av studier som beskrevet tidligere.

I analysearbeidet leste vi studiene hver for oss og utarbeidet hvert vårt skriftlige dokument der vi beskrev hovedtema og undertema i hver av studiene. Alle resultatene ble lest flere

ganger for å oppnå en egen overordnet oversikt. I hvert vårt dokument oversatte vi funnene til norsk språk. Evans (2002) beskriver denne andre fasen som å redusere resultatet i studiene til deres nøkkelkomponenter.

Evans (2002) sin tredje fase beskriver den tverrgående analysen der man identifiserer tema og samler tema, samt undertema. Deretter undersøkes resultatet for sammenhenger og innhold. Den skriftlige samlingen av funn ble benyttet i en prosess der vi i felleskap gjennomgikk dem, samtidig som vi førte skriftlig oversikt på en tavle. Vi diskuterte oss frem til tre hovedkategorier som vi startet analysen med. Deretter gikk vi gjennom studiene etter nummerering der vi forsøkte å sette hvert nøkkelfunn inn i hovedkategoriene. Vi presenterte resultatet i en tabell med referanser til hver enkelt artikkel etter vår forhåndsdefinerte nummerering. To nye hovedkategorier ble lagt til i prosessen og undertema ble identifisert.

Senere ble den utarbeidede tabellen tatt opp igjen og med den som utgangspunkt gjennomførte vi en ny prosess der vi lette etter likheter og ulikheter i undertemaene, dette for å identifisere større undertema. Vi hadde alle studiene tilgjengelig i papirformat under prosessen. Funnene ble ført i tabell og tabellene er vedlagt studien. Referanser til hver studie ble beholdt.

Som en del av Evans (2002, 25) sin fjerde fase ble tabellene med oversikt over tema og undertema laget. Vår resultatpresentasjon er den endelige fremstillingen av vår sammenfatning.

4.0 Resultat

Litteraturstudiets funn presenteres her i rekkefølgen som de besvarer problemstillingene og som hovedkategoriene fra analyseprosessen.

4.1 Symptomopplevelse

Kvinnene i studiene beskrev ofte varierende og vage symptomer (Lichtman et al. 2015; Davis 2017; Arslanian-Engoren og Scott 2017; Gallagher, Marshall og Fisher 2010; Isaksson et al. 2013; Davis et al. 2013). Slike symptomer kunne utvikle seg over tid, fra timer til måneder (Lichtman et al. 2015; Davis 2017; Gallagher, Marshall and Fisher 2010; Isaksson et al. 2013; Davis et al. 2013). De vage symptomene som ble ofte nevnt i studiene var tretthet, kvalme, fordøyelsesplager, halsbrann, tung pust og en generell følelse av ubehag (Lichtman et al. 2015; Arslanian-Engoren og Scott 2017; Gallagher, Marshall og Fisher 2010; Isaksson et al. 2013). En kvinne sa: “I had no chest pain, none of the classics at all. I was just totally worn out...” (Arslanian-Engoren og Scott 2017). En annen kvinne beskrev det slik: “My symptoms are kinda weird. I don’t have really strong symptoms. I just have this feeling” (Davis et al. 2013). Symptomene ble beskrevet som vage og intermitterende (Lichtman et al. 2013; Davis 2017; Davis et al. 2013). Kvinnene erfarte at på et punkt i forløpet skiftet symptomene karakter og ble brått intense. (Davis 2017, 491; Gyberg et al. 2015, 673). Gallagher et al. (2010) skrev at symptomene hadde en mild start og var intermitterende, men at de etter en tid eskalerte.

Brystsmerter ble erfart av de fleste kvinnene og ble omtalt som intense og alvorlige (Lichtman et al. 2015; Davis 2017; Higginson 2008, Gallagher, Marshall og Fisher 2010, Isaksson et al. 2013). “It woke me slam right up. It was abrupt, heavy chest pain that radiated down my arm and neck” (Davis 2017, 491). En kvinne i Isaksson et al. (2013, 364) sin studie beskrev det slik: “It was a pretty intense pain (...)”, mens en annen kvinne sa: “I got his shocking pain. It felt like someone had a rock and they were boring it in...” (Gallagher, Marshall og Fisher 2010, 481). Brystsmertene ble videre beskrevet som det dominerende symptomet i den akutte fasen i studien til Isaksson et al. (2013). Gallagher, Marshall og Fischer (2010) skrev at de varierende og vage symptomene utviklet seg til brystmerter, noe som alle deltagerne i studien erfarte til slutt.

4.2 En overordnet prosess

Flere studier skrev om betydningen av symptomenes karakter og deres utvikling som en overordnet prosess som påvirket avgjørelsen om å søke hjelp (Davis 2017; Gallagher, Marshall og Fisher 2010; Gyberg et al. 2015; Davis et al. 2013)

Davis (2017) beskrev dette som en kompleks, mangesidig prosess bestående av å vurdere potensiell årsak og handlinger basert på vurderingen. Hvordan symptomene startet påvirket hvor fort kvinnene gjenkjente de kroppslige forandringene, om de tolket disse rett og hvor raskt de søkte hjelp. Videre fant Gallagher, Marshall og Fischer (2010) et overordnet tema som omhandlet kvinnenes avgjørelsesprosess. Ved symptomdebut startet kvinnene å gå gjennom en mangfoldig og kompleks prosess der de vurderte mulige årsaker til symptomene sammen med videre handlinger. Prosessen var påvirket av en rekke faktorer som førte til forsinket søk av behandling. Gyberg et al. (2015) betegnet symptomene som drivkraft i avgjørelsesprosessen som var en konstruksjon av handlinger, tanker og følelser kvinnene opplevde fra symptomstart til avgjørelsen om å søke hjelp var tatt. Davis et al. (2013) beskrev kvinnenes meningssøk bak symptomene som en prosess i en større sosial kontekst som påvirket avgjørelsen deres om å søke hjelp.

4.3 Oppfatninger av- og forventinger til sykdomsbildet

Forventningene av hvordan et hjerteinfarkt skulle være var betydelig annerledes enn de faktisk opplevde symptomene (Lichtman et al. 2015, Herning et al. 2010, Higginson 2008, Arslain-Engoren og Scott 2017, Isaksson et al. 2013). Dette innebar som oftest forventinger til det klassiske symptombildet (Arslanian-Engoren og Scott 2017; Gallagher, Marshall og Fisher 2010). Noen kvinner forventet sterke brystmerter med utstråling til særlig venstre arm (Herning et al. 2010). Andre hadde forventet å ha et “Hollywood heart attack”, slik de hadde sett i media:

Everything I'd heard was...if you have pain shooting down, radiating down your left arm...And I didn't know that it could involve your jaw and stuff...I didn't have any of the typical heart attack symptoms that you always hear about on TV and the ER hospital shows...if you're taught that watching television all the time, then that's what you come to expect, and then when you're really having a heart attack, you're going, well that's not a heart attack because that's not the way it was on ER. (Lichtman et al. 2015, 6)

Mange kvinner hadde en stereotypisk kjønnsoppfatning om at hjerteinfarkt var mennenes sykdom. De assosierte risiko for hjerteinfarkt med fedme, røyking og mannlig kjønn (Higginson 2008). De anså seg selv som beskyttet siden de var kvinner (Herning et al. 2010). Noen opplevde det å få koronarsyndrom som et sjokk fordi de ikke forventet å få sykdommen selv (Gallagher, Marshall og Fisher 2010). Enkelte kvinner visste hvilke symptomer de skulle forvente ved et hjerteinfarkt (Isaksson et al. 2013) En kvinne i studien sa: “ I knew for sure that it was a heart attack. I have read about heart attacks and heard about the symptoms on TV. Yes, there is pressure on your chest and into the arms and then the pounding sensation in the chest.” (Isaksson et al. 2013, 365)

Kvinnene forventet av seg selv å kunne mestre det de trodde var symptomer på stress (Turris og Finamore 2008). De hadde en oppfatning om at deres symptomer ikke var alvorlige og mange kunne ikke umiddelbart assosiere symptomene med hjerteinfarkt (Higginson 2008).

4.4 Kunnskap om - og tolkning av symptomer

Det var et gjennomgående funn at kvinnene tolket deres symptomer som fordøyelsesplager, reflux eller pneumoni (Lichtman et al. 2015; Higginson 2008; Arslanian-Engoren og Scott 2017; Gyberg et al. 2015; Isaksson et al. 2013; Davis et al. 2013).

And everything sprung from my belief that I was sick with gastritis again. I very easily come down with gastritis when I've been stressed and worried (...) It's typical, nothing new to me (...). (Gyberg et al. 2015, 672).

Tidligere erfaringer ble brukt som en referanseramme for å forklare symptomene, men de ikke alltid svarte til de aktuelle symptomene (Davis et al 2013). Dette resulterte i bruk av ikke-kardiologiske årsaksforklaringer.

Turris og Finamore (2008) fant også at kvinnene hadde konsekvent brukt stress som en delvis eller absolutt forklaring på deres symptomerfaring. Symptomenes vage og intermitterende karakter gjorde det vanskelig for kvinnene å tolke disse (Davis 2017). Attribusjon ble vanskelig gjort av at symptomene opplevdes forvirrende (Davis et al. 2013). I den ene studien (Isaksson et al. 2013) fant kvinnene at det var vanskelig å tolke

symptomene på grunn av deres karakter, så de ville finne mer «normale» årsaker på disse ved å reflektere over tidligere sykdomserfaringer. Å kunne bruke årsaksforklaringer som virket rasjonelt og mindre alvorlig hadde en beroligende effekt for kvinnene (Herning et al. 2010). Når de opplevde intense symptomer, ble disse attribuert til kardiologisk årsak (Davis et al. 2013).

Når kvinnene attribuerte symptomene til hjertet søkte de hjelp (Davis 2017; Herning et al. 2010; Davis et al. 2013). Davis (2017) skriver at de kvinnene som opplevde intense symptomer gjorde en korrekt tolkning og visste at de måtte søke hjelp raskt. Kvinnene som gjenkjente symptomene deres umiddelbart i Davis et al. (2013) sin studie hadde allerede hatt akutt koronarsyndrom tidligere og dermed gjorde en korrekt tolkning som førte til at de søkte hjelp:

When the first one left (I thought) well, ok, that was only one. Maybe it's gone.
When the second one came, 10 min (later), it was more intense. Your gut is already thinking that it was your heart. It wasn't a question was it your heart (Davis et al. 2013, 434).

Selv om kvinnene hadde familiær forekomst av flere risikofaktorer for akutt koronarsyndrom, var de ikke bevisste på dette (Lichtman et al. 2015; Herning et al. 2010; Arslanian-Engoren og Scott 2017). Gallagher, Marshall og Fisher (2010) fant at de fleste kvinnene i deres studie oppfattet seg selv som lite sårbare for koronarsyndrom. Forfatterne skriver at ofte var kvinnene uvitende om relativt store risikofaktorer som røyking og tilknyttingen til koronarsykdom. Herning et al. (2010, 243) sitt funn støtter dette: "I'm strong. I can't be knocked out. Well, I'm a smoker, but I have always associated smoking with my lungs, never my heart (...) high caloric food' and too much chocolate, that relates to the heart (...)"

Gallagher, Marshall og Fisher (2010, 482) fant at hvis kvinnene manglet kunnskap om koronarsykdommen, tolket de ikke de alvorlige symptomene deres som hjerterelatert: "(...) I felt like I had 10 elephants jumping on my chest and my arms, pains down both of them(...) I had no idea until the pain hit, and even then I thought maybe it was indigestion".

4.5 Ønsket om å beholde kontroll

Kvinner støttet seg på selv-behandlingsstrategier for å lindre deres symptomer (Lichtman et al. 2015, Herning et al. 2010, Higginson 2008, Gallagher, Marshall og Fisher 2010, Gyberg et al. 2015, Isaksson et al. 2013, Turrís og Finamore 2008, Davis et al. 2013). De forskjellige selv-behandlingsstrategier innebar oftest å ta smertestillende eller syrehemmende legemidler (Lichtman et al. 2015, Herning et al. 2010, Higginson 2008, Gallagher, Marshall og Fisher 2010, Isaksson et al. 2013). «I remember taking a couple of Rennie tablets and two aspirin and going to bed.» (Higginson 2008, 12)

I to studier ble det nevnt at kvinnene tok glyserolnitrat i et forsøk på å lindre smertene (Herning et al. 2010, Davis et al. 2013). I noen studier kom det til uttrykk at kvinnene hadde en ønsketenkning og håpte at symptomene ville gå over av seg selv uten selv-behandling (Gyberg et al. 2015, Isaksson et al. 2013, Turrís og Finamore 2008).

Gallagher, Marshall og Fisher (2010) skriver at når kvinnene skulle teste hypoteser for deres symptomer var en av deres handlinger å vente og se hva som skulle skje. Dette forsinkelsen i å søke hjelp kunne bli svært lang. Så lenge kvinnene kunne takle symptomene selv, var det mulig for dem å vente og håpe på at de skulle forsvinne (Gyberg et al. 2015).

Isaksson et al. (2013) fant at venting ble brukt som en strategi for å utsette avgjørelsen om å søke hjelp. Kvinnene i Turrís og Finamore (2008) sin studie valgte ofte å vente å se hvordan situasjonen utviklet seg.

I flere artikler kom det fram at kvinnene fortsatte med deres normale aktiviteter til tross for økende intensitet i symptomene deres (Davis 2017, Gyberg et al. 2015, Isaksson et al. 2013, Davis et al. 2013). Noen prøvde å nedtone symptomene (Isaksson et al. 2013), andre «satte dem på side», men fortsatte å følge med dem mens de holdt på med deres daglige gjøremål: “I kinda brushed it (off). I put it on the back burner. I got to feeling better, went back to work for a couple of days, then started feeling bad again while I was working.” (Davis et al. 2013, 433).

Å kunne fortsette med livet som vanlig bestyrket kvinnes selvtillit (Gyberg et al. 2015), samt å kunne fortsette med de daglige rutinene, ivareta forpliktelser og å opprettholde

personlig, sosial og fysisk integritet var nært knyttet til kvinnenes identitetsfølelse (Isaksson et al. 2013; Turrís og Finnamore 2008).

4.6 Prioriteringer og bekymringer som involverer andre

Et gjennomgående funn i flere artikler omhandlet kvinner og deres prioriteringer. Mange prioriterte familie og profesjonelle forpliktelser fremfor å søke hjelp og fremfor deres egen helse (Lichtman et al. 2015, Davis 2017, Herning et al. 2010, Arslanian-Engoren og Scott 2017, Gyberg et al. 2015, Isaksson et al. 2013, Turrís og Finnamore 2008, Davis et al. 2013).

I said, I really just don't feel good. But no, I didn't say, I'm having chest pains. I probably had too much to do. I know I had too much to do to be whimpy about being sick. I have always been like that. I have worked through fevers. I have worked through the flu. Just feeling like I've got the job done. You'd think I was President of the United States. You know, we run households. We work businesses... We mop the floor. I stay up 'till two or three o'clock in the morning... to make it all happen (Lichtman et al. 2015, 35).

Andre sine behov ble også prioritert framfor egen helse (Lichtman et al. 2015, Isaksson et al. 2013; Turrís og Finnamore 2008). En kvinne uttrykte det slik i Isaksson et al. (2013) sin studie: "We are busy caring for others, husband, children, grandchildren, so we forget about ourselves." Davis et al. (2013) fant at kvinnene prioriterte gjøremål som å ta et bad, skifte klær og pakke essensielle ting til tross for riktig tolkning av symptomer og viten om at de trengte hjelp snarest: "I had some personal things I wanted to do for myself. I'm funny about me. People are gonna be taking off my clothes and checking me."

En annen årsak for forsinket behandlingssøk var bekymringer for å ta feil av symptomene og redsel for å slå falsk alarm (Lichtman et al. 2015; Davis 2017; Herning et al. 2010; Isaksson et al. 2013; Turrís og Finnamore 2008). I to studier nevnes også at kvinnene var redd for å bli oppfattet som hypokondere (Lichtman et al. 2015; Isaksson et al. 2013).

Flere studier fant at kvinnene ikke ville være til bry eller bekymre andre med deres symptomer (Davis 2017; Herning et al. 2010; Higginson 2008; Turrís og Finnamore 2008, Davis et al. 2013). "(...) And I don't understand why I didn't call the neighbours, at least. (...) I don't know, I was afraid of bothering others." (Herning et al. 2010, 244)

Kvinnene prøvde også å ufarliggjøre deres symptomer for å ikke bekymre pårørende (Higginson 2008, Gyberg et al. 2015, Davis et al. 2013). I Davis sin studie (2017) meddelte en kvinne at symptomene ikke var ille nok til å fortelle andre om dem.

Både Lichtman et al. (2015) og Herning et al. (2010) finner at det å involvere andre i både vurdering av symptomer og videre handling, initierte søk av hjelp og styrket kvinnenes tillit til å kontakte hjelp eller la andre gjøre det. Tilstedeværelse av andre har generelt redusert forsinkelsen av behandlingssøk, som indikerte at de som hadde lengst forsinkelse var kvinnene som bodde alene (Lichtman et al. 2015).

I think the difference is that another person takes the responsibility to decide. If I had been alone... well the it's only me, and then you don't do it. So the presence of another person is pulling in another direction, I think this is crucial (Herning et al. 2010, 244).

Kvinner som delte deres symptomopplevelse med andre var villige til å høre på anbefalinger om å søke hjelp (Isaksson et al. 2013). Davis et al. (2013) sin studie peker på at om andre personer la merke til kvinnenes behov for behandling, kunne kvinnene gi slipp på forpliktelsene deres og søke hjelp.

4.7 Erfaringer med helsetjenesten

I noen av studiene ble det beskrevet tidligere erfaring med helsetjenesten (Lichtman et al. 2015, Davis 2017, Gallagher, Marshall and Fisher 2010, Isaksson et al. 2013, Turrís og Finamore 2008, Davis et al. 2013). I noen tilfeller feilet helsetjenesten å diagnostisere kvinnene, både akutt- og primærhelsetjenesten (Lichtman et al. 2015; Gallagher, Marshall og Fisher 2010; Isaksson et al. 2013). Det å ikke bli undersøkt og bli sent hjem uten en diagnose førte til at kvinnene opplevde mistillit mot helsepersonell (Gallagher, Marshall og Fisher 2010; Isaksson et al. 2013). En kvinne sa: "A doctor looked and felt and he was like, he did not think it was the heart, but he believed it was the stomach, so he said I should just go home and be glad that it was nothing serious. But it was serious." (Isaksson et al. 2013, 264).

Andre som tidligere har fått bekreftet av helsepersonell at å søke hjelp var rett handling når de var bekymret for hjertesykdom, gjorde dette i god tid. Å få bekreftelse ved ankomst

sykehus at å kontakte hjelp var riktig avgjørelse var betryggende for kvinnene (Turris og Finamore 2008; Davis et al. 2013).

5.0 Diskusjon

Videre diskuteres styrker og svakheter ved litteraturstudien. Litteraturstudiens resultat diskuteres opp mot oversiktsartikler, tilgjengelig allmenn informasjon, helseatferdsmodellen og mot relevansen for sykepleiere slik at vi best mulig kan implementere kunnskapen i vår sykepleiepraksis.

5.1 Metodediskusjon

Lite tidligere erfaring med metoden for litteraturstudie kan være en svakhet for oppgaven, da vi kan overse viktige punkt i metoden. Med veiledning fra bibliotekar i prosessen med databasesøk og hensyn til Høgskolen i Moldes retningslinjer for bacheloroppgave (2018), samt ved å benytte oss av veiledning og ta med oss alt konstruktiv kritikk fra veiledningsseminarene, forsøkte vi å balansere dette.

Litteraturstudien styrkes av at kriteriene for inklusjon innehar krav til fagfelle vurdering, etiske forbehold og skal være kvalitative studier. Ved å inkludere kun kvalitative studier, mener vi at vi styrker våre resultater ved å være bevisst på at dette er det egnede studiedesignet for å vite mer om menneskelige erfaringer, opplevelser, motiver og holdninger (Malterud 2017, 31). Et annet viktig prinsipp for oss var at det skulle være tatt etiske forbehold. Studiene hadde et utvalg av pasienter som var bevisst på sine rettigheter ved deltagelse i forskning og alle har gitt samtykke til å delta. Alle studiene unntatt en hadde godkjenning av en etisk komité. Denne studien var fritatt for pågående etisk vurdering av institusjonens etiske komite, men deltakerne har gitt samtykke til deltakelse i studien, og derfor valgte vi å inkludere den.

Det ble vurdert å inkludere to studier fra land i Midtøsten. Studiene ble ikke inkludert grunnet at landene har streng lovgivning rundt kvinners rettigheter og vi mener at denne påvirkningen av utvalg og resultater kan gi irrelevans ved overførbarhet til vestlig kultur. Vi satte likevel ikke land utenfor vestlig kultur som eksklusjonskriteria da vi ønsket å ha muligheten til å inkludere studier etter egen vurdering. Som Malterud (2017, 60) skriver, styrker rik data mulighetene for tvil og ettertanke, og gir anledning til vurdering av resultatenes feilmarginer, fordi materialet kan bidra med utfyllende nyanser som representerer konkurrerende resultater og konklusjoner. Som sykepleiere mener vi det er viktig å være åpen og tenke tverrkulturelt, særlig med tanke på Norges økende multikulturelle preg. Eksklusjon av de to studiene kan være en styrke for vår

litteraturstudie, da kulturen utvalget bor i bør være mest mulig lik vår egen og dermed øke resultatenes overføringsverdi. Forståelse av kvinner fra andre kulturer er også relevant i vårt eget samfunn og eksklusjonen kan dermed også representere en svakhet.

Fem av de inkluderte studiene er fra USA og Australia, land der helsehjelp dekkes helt eller delvis av private forsikringer. Slike forsikringer kan være en svakhet for våre resultater, da de kan tenkes å påvirke en avgjørelse om å søke helsehjelp. Derimot styrkes funnene da de sammenfaller godt med resultatene fra studiene som er fra Storbritannia, Canada, Danmark og Sverige, land med statlig finansiert helsevesen. En kohortstudie gjort av Chen et al. (2015) styrker inklusjonen da deres funn ikke finner signifikant sammenheng mellom kjønn, prehospitaal forsinkelse ved akutt hjerteinfarkt og forsikringsstatus. Forfatterne beskriver at alle kvinnene i deres studie opplevde prehospitaal forsinkelse sammenlignet med menn, uavhengig av forsikringsstatus.

Higginson (2008) og Turrís og Finamore (2008) er de eldste studiene vi har benyttet. Det kan gi en svakhet til resultatet da vi ønsker den nyeste forskningen på temaet inkludert i oppgaven vår. I vår vurdering så vi at funnene sammenfalt godt med de nyere studiene vi inkluderte, samt at de ble ofte sitert i oversiktsartiklene benyttet i diskusjonen. Funnene er i tillegg konsistente med funnene i en ny originalstudie fra USA (Bowles, McEwen og Rosenfeld 2018). Denne originalstudien var ikke indeksert i MEDLINE på tidspunktet vi gjorde databasesøk, men kom som treff da vi etter en tid ønsket å se om nyere forskning var indeksert. Vi valgte å ikke inkludere denne studiens resultater da vi mener at vi var kommet for langt i arbeidet med litteraturstudien. Det kan være en svakhet da viktige nyere funn kan ha blitt oversett.

De inkluderte studiene ble hentet i fra Medline, Proquest og CINAHL. Vi har i tillegg gjort søket i PsychInfo, men uten nye resultater. Da vi ikke inkluderte flere databaser kan vi ha gått glipp av relevante studier. Søkestrategien kan ha vært for snever med for mange søkeord og inkludering av PIO-kategoriene. Dermed kan det bli færre treff (Nortvedt et al. 2012, 57). Samtidig benyttet vi flere av de relevante emneordene og om mulig utvidet og styrket søkestrategien med dem. I prosessen ble det tidlig klart at søk på sykdommen hjerteinfarkt ga oss høye antall treff og begrensingene kan ha hjulpet oss med å styrke søket. Ett manuelt søk vi gjennomførte kan ha undergravd systematikken i databasesøket og kan dermed være en svakhet for litteraturstudien.

Proessen med kvalitetsvurdering mener vi er en styrke da vi utarbeidet hver vår egen sjekkliste for alle studiene, som vi senere diskuterte sammen for å sikre felles forståelse av studiene. Studiene fra Leslie (2017), Arslanian-Engoren og Scott (2017), Turrís og Finamore (2008) er substudier. Det vil si de er studier med utvalg fra en tidligere studie, og i vårt tilfelle har begge samme forfatter som hovedstudien. Under kvalitetssikring av studien fra Leslie (2017) ble vi kjent med hovedstudien (Davis et al. 2013) Vi så det hensiktsmessig å benytte begge, da de begge svarte på hver av våre problemstillinger. Turrís og Finamore (2008) har samme utvalg og metode som Turrís og Johnson (2008). Funnene baserer seg på de resultatene som svarer Turrís og Finamores (2008) hensikt. Det kan være en svakhet at Turrís og Finamore (2008) på forhånd definerer hvilke funn de ønsker å presentere. Funnene skulle være relevante for akuttstykkepleiere. Vi valgte likevel å benytte studien fordi forfatterne er fagpersoner og de inkluderte funn fra den prehospital fase som var aktuelle for vår litteraturstudie. Fasene ble klart definert og slik kunne vi benytte resultatene.

Oversettelse av engelsk litteratur til norsk kan ha gitt svakheter for litteraturstudien. Vi kan ha gått glipp av nyansert informasjon eller forstått den feil siden engelsk språk er rikt på uttrykk og ordforråd.

I analysen har vi hatt fokus på dialog med hverandre. Det er en styrke for oppgaven at vi i analyseprosessen først gjorde hvert vårt skriftlige arbeid med å gjøre oss kjent med funnene, og deretter gjorde analysen sammen. Dermed veide vi opp mot faren for å misforstå viktige tema. I begynnelsen av analysen endte vi opp med mange, svært detaljerte funn noe som kunne være en svakhet for den videre kategoriseringen. Forening av kategorier og sub-kategorier ble derfor gjort i 3 omganger. Vår manglende erfaring i analyse kan være en svakhet, derimot er Evans (2002) sitt analyseverktøy oversiktlig og konkret og vi følte at det var til stor hjelp i struktureringen av arbeidsprosessen vår.

For å kunne belyse vår forståelse av funnene undersøkte vi litteraturen for å finne en teoretisk referanseramme. Helseatferdsmodellen var den teorien som vi mener kunne være til hjelp for å forstå kvinnenenes helseatferd. I følge Malterud (2017, 190), kan teoretiske perspektiver brukes som bakteppe og inspirasjon for et prosjekt, uten å gi dem en sentral rolle som analytisk verktøy. De kan løftes frem i diskusjonen for å utdype og utfordre

tankene andre har tenkt, og gi ny innsikt i problemstillingen. Helseatferdsmodellen brukes i vår diskusjon av den overordnede prosessen kvinnene gjennomgår ved akutt hjerteinfarkt. En svakhet med modellen er at den ikke skiller på kjønn i den individuelle vurderingen, en kan dermed si lite om kjønnsforskjeller.

Begrepet akutt koronarsyndrom, som vi benytter i vår litteraturstudie, omfatter tilstandene ustabil angina pectoris og hjerteinfarkt. I litteraturstudiens resultat og resultatdiskusjon ble også begrepet akutt hjerteinfarkt benyttet når det ble referert til litteratur som omtalte dette. Dette på grunn av at vi ønsket å være tro mot originalstudienes begrepsbruk. Grunnsykdommen er det samme hos hver enkelt person og symptomene kan være nokså like ved begge tilstandene, men det er tilstandens alvorlighetsgrad som er forskjellig.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med studien var å belyse kvinners erfaringer med akutt koronarsyndrom. Funnene indikerer at kvinnene opplever varierende og vage symptomer som påvirker tidsnok søk av helsehjelp i tillegg til en rekke faktorer som videre virker inn på den prehospitaltiden. Kvinnenes atferd diskuteres opp mot helseatferdsmodellen og den overordnede prosessen kvinnene gjennomgår før avgjørelse om å søke helsehjelp ved akutt koronarsyndrom, i tett sammenheng med kvinnenes forkunnskaper og tolkning av sine symptomer. Vi diskuterer deretter relevansen for sykepleiefaget å inneha kunnskapen om litteraturstudiens funn.

5.2.1 Kvinners symptomer på hjerteinfarkt

I pensum for sykdomslære har vi lært at kvinner har ofte mer atypiske symptomer enn menn. Kvinner får gjerne ikke de typiske, sentrale brystsmertene som vanlige symptomer, men opplever kvalme, fordøyelsesplager og uvanlig tretthet (Eikeland, Haugland og Stubberud 2016, 245). Litteraturen bruker forskjellige begrep for å beskrive disse symptomene, ofte nevnes dem som prodromale. Vi valgte å bruke begrepene varierende og vage videre i beskrivelsen.

Litteraturstudiens funn viser at kvinner oftere rapporterer om varierende og vage symptomer på hjerteinfarkt. Dette støttes av flere andre studier der kvinner rapporterer å oppleve tung pust, smerter i armene, ryggen eller nakken (Løvlien 2010, 41-43; Bowles, McEwen og Rosenfeld 2018, 65; Gundersen, Sørli og Bergvik 2017, 32; Blakeman og

Booker 2016, 331-333). I likhet med våre funn rapporterer kvinner ofte om en overveldende tretthet i den prodromale perioden, og symptomene kan ha vært til stede i flere uker (Løchen og Gerds 2015, 91; Smith et al. 2018, 3957; Blakeman og Booker 2016, 329; Sjöström-Strand og Fridlund 2007, 1006).

I tillegg til de varierende og vage symptomene finner vi også at kvinner rapporterer ofte om intense brystmerter. I motsetning til dette beskriver flere studier at kvinner erfarer ubehag i brystet som føles rart og mindre intens (Sjöström-Strand og Fridlund 2007, 1006; Bowles, McEwen og Rosenfeld 2018, 65; Gundersen, Sørlie og Bergvik 2017, 32). Løvlien (2010, 43) skriver at det var mindre sannsynlig at kvinnene erfarte symptomer i brystet enn menn i den akutte fasen av hjerteinfarkt. Dette er konsistent med Stain og Unsworth (2013, 383) og Løchen og Gerds (2015, 91) sine funn som skriver at den typiske, intense og sentrale brystmerter er ofte erfart av menn, men ikke så ofte av kvinner. Coventry, Finn og Bremner (2011, 482) finner at kvinner med akutt hjerteinfarkt hadde betydelig mindre sannsynlighet å presentere med brystmerter enn menn. Derimot finner Lønnebakken i sin artikkel (2013, 482) at symptomer på hjertesykdom er mer varierende for kvinner, men brystmerter er et av de vanligste symptomene både hos kvinner og menn. Dette viser at litteraturen ikke er samstemt på hva som er de vanligste symptomer som kvinner erfarer ved hjerteinfarkt. Litteraturens fokus på kjønns symptompresentasjon kan gjøre at det skapes en forutinntatthet om at kvinnene skal presentere varierende og vage symptomer.

Litteraturstudien viser at slike symptomer er høyt representert, men at intense og brått innsettende symptomer, oftest brystmerter, er også til stede. Funnene kan dermed komplementere den kunnskapen man tilegner seg på høyere utdanning i og med at ikke alle lærebøker nevner at kvinner kan oppleve uklare symptomer, som blant annet Jacobsen et al. (2017, 72). De lærebøkene som skriver om dette, skriver at atypiske smerter kan forekomme hos kvinner, eller at kvinner ikke nødvendigvis har brystmerter som de vanligste symptomene til sammenligning med menn (Nakstad 2017, 130; Eikeland, Stubberud og Haugland 2016, 245).

5.2.2 Kunnskap og tolkning

Erfaringen vår i helsevesenet viser at kunnskap om sykdommen hos enkelte pasienter kan være mangelfull eller feil. De forestillinger og tanker den enkelte har om

hjertesykdommenes årsak, prognose, behandling og hva den enkelte selv kan gjøre for å forebygge sykdommen, vil ofte være farget av mangelfull informasjon (Sørli 2014, 473). Disse forestillingene blir ofte ikke undersøkt og de viser seg å være feilaktige og irrasjonelle (Sørli 2014, 476).

Den subjektive sykdomsoppfatningen varierer også fra pasient til pasient. Fordi den enkeltes oppfatning av egen sykdom er med på å bestemme de psykiske reaksjonene på sykdommen og mestringsstrategiene som pasientene tar i bruk, må dette belyses (Dahl 2014, 33). Kunnskap er avgjørende for rett tolkning. Dersom pasientene har mangelfulle eller feilaktige sykdomsforestillinger, vil dette kunne virke negativt inn på deres sykdom- og helse relaterte atferd (Sørli 2014, 477).

Litteraturstudiets funn viser at kvinnene forklarte symptomer med annen tidligere erfart sykdom som referanse og at de ikke tolket symptomer som hjerte relatert grunnet deres vage og varierende karakter. Kristofferzon, Löfmark og Carlsson (2003, 368) finner at kvinner har mindre informasjonsstøtte og mangler kunnskap om akutt hjerteinfarkt. Foá, Fuochi og Fruggeri (2015, 53) tar dette et steg videre og formulerer en hypotese om at en av de årsakene som fører til forsinket behandlingssøk hos kvinner er mangel på informasjon om hjerteinfarktets symptomer og kunnskap om at sykdommen kan ramme kvinner, samt på en litt annen måte enn menn. I kontrast til dette viser vår litteraturstudie også at kvinnene som hadde kunnskap om akutt koronarsyndrom fra tidligere hjerteinfarkter, gjorde en korrekt tolkning av symptomene og kontaktet deretter helsehjelp. Funnene støttes av Løvlien (2010, 44). Hun utforsket temaet enda mer detaljert, og fant at de erfarte symptomene tilsvarte kvinnenes forventninger i hennes studie, og at disse kvinnene var tidligere diagnostisert med angina pectoris. Konsistent med dette, finner Koning, Young og Bruce (2016, 10) at tidligere erfaring med sykdommen gjorde at kvinnene tok raskere kontakt for helsehjelp.

Kunnskap om egen familiær forekomst av sykdommen ser ikke ut til å bidra til redusert forsinkelse i våre resultater. Dette støttes av oversiktsstudier som skriver at kvinner ikke assosierer familiær forekomst av koronarsykdom med deres egen sårbarhet for sykdommen (Smith et al. 2018, 3958; Sjöström-Strand og Fridlund 2007, 1006). Dette til tross for at risikoen for hjerteinfarkt øker dersom man har tidlig sykdomsdebut i nær familie (Løchen og Gerds 2015, 89). Kunnskap om sykdommen innebærer også om å

være klar over en sårbarhet for risikofaktorene. Litteraturstudiets funn viste at mange kvinner ikke tenkte over egen sårbarhet ved å være i risikogruppe for koronarsykdom. Ofte kjente de ikke til risikofaktorene og forbandt dem ikke til sykdommen. Viktige risikofaktorer beskrives av Løchen og Gerdts (2015, 88) som tobakk, usunt kosthold og fysisk inaktivitet. Smith et al. (2018, 3959) finner at manglende kunnskap om sammenhengen mellom røyking og koronarsykdom er tydelig hos kvinner. Dette bidrar til mistolkning av symptomer, og til at kvinner forsinkes å ta avgjørelsen om å søke hjelp ved akutt koronarsyndrom.

Ved å lese gjennom tilgjengelig informasjon om blant annet hjerteinfarkt på nettsider som helsenorge.no og helsebiblioteket.no, får vi et inntrykk av at statistikk og forskning på kjønnsforskjeller i symptompresentasjonen blir presentert korrekt. Likevel uten substansen som trengs for at mennesker uten en viss forforståelse skal forstå den rett. Eksempelvis beskrives det slik:

Hjerteinfarkt rammer menn to til tre ganger hyppigere enn kvinner. Kvinner får hjerteinfarkt ofte senere i livet enn menn. Hjerteinfarkt før overgangsalderen er svært sjelden hos kvinner. (...) Det er mer sannsynlig at du får et hjerteinfarkt hvis du røyker, har diabetes, har høyt blodtrykk eller høyt kolesterol i blodet, er overvektig, eller trener lite” (Helsenorge.no 2019)

Basert på denne informasjonen som er gjort tilgjengelig som folkehelseopplysning, kan kvinnene gjøre seg oppfatninger som er mangelfull, misvisende eller feilaktig. Dette ved at de kan tolke menn sine økte odds for sykdom som egen sikkerhet, eller på grunn av manglende innsikt i risikofaktorene som nevnes. Allerede i 1999 rettet Helse og Omsorgsdepartementet, i en rapport om kvinners helse, søkelys mot at kvinners helse er mangelfull og dårligere integrert i helsevesenet. 19 år senere er det fortsatt et faktum at mye medisinsk kunnskap og informasjon tilgjengelig til samfunnet bygger i hovedsak på mannen som norm (Rødland 2018, 6).

Det er ikke overraskende at vi finner at kunnskapen om akutt koronarsyndrom har et nokså stereotypisk preg. Dette var også en del av vår egen forforståelse etter erfaringer fra praksis. Kvinnene har noen ganger en formening om at særlig hjerteinfarkt er en mannlig sykdom (Foa, Fuochi og Fruggeri 2015, 54; Stain og Unsworth 2015, 385; Smith et al.

2018, 3958). I tillegg er “typiske” symptomer på hjerteinfarkt en sosial konstruksjon basert på mannlige standarder som resulterer i mistolkning av kvinners symptombilde.

Litteraturstudien resulterer i at noen av kvinnene venter på det typiske “Hollywood heart attack”. Oversiktsstudier støtter disse funnene. Bowles, McEwen og Rosenfeld (2018,65) beskrev også en forventning om plutselig innsettende, sentrale, sterke brystmerter, men de forventede symptomene ikke tilsvarte de opplevde symptomene. Kvinnenes forventninger påvirkes også av hvordan sykdommen blir framstilt i media (Koning, Young and Bruce 2016, 10; Bowles, McEwen og Rosenfeld 2018,65). Den stereotypiske oppfatningen innebærer også den sosiale framstillingen av at kreft er kvinnes sykdom, og forsterker kvinners kjønnsdifferensierte syn på koronarsykdom enda mer (Smith et al. 2018, 3959). I kontrast til de ovenfor diskuterte funnene, finner Henriksson et al. (2011, 226) at kvinner hadde mer kunnskap om akutt hjerteinfarkt enn menn.

5.2.3 En overordnet prosess

Helseatferdsmodellen skal hjelpe oss å forklare kvinnes atferd og handlinger knyttet til sykdommen. Modellen har som mål å forstå menneskers helseatferd og har flere elementer om hvorfor mennesker utfører handlinger for å forebygge, oppdage og kontrollere sykdom (Gustin 2016, 242; Skinner, Tiro og Champion 2015, 76).

Litteraturstudien resulterer i at kvinnes gjennomgår fra symptomdebut til avgjørelsen om å søke hjelp. Vi finner at måten symptomene utvikler seg på påvirker kvinnes tolkning av mulige årsaker. Dette igjen påvirker deres handlingsvalg: er symptomene ille nok til å søke hjelp, eller skal man vente og se om de går over? Å kunne tolke symptomene er altså en del av prosessen, og som litteraturstudien viser, mistolkning av symptomer og bruk av ikke-kardiologiske årsaksforklaringer forekommer ofte hos kvinner. I likhet med vårt resultat finner Smith et al. (2018, 3957) at kvinner har en tendens til å se på symptomene deres som lite alvorlige, særlig hvis de har erfart varierende og vage symptomer over en lengre periode. Summen blir økt forsinkelse til beslutningen om å søke behandling.

Selvtry er en faktor i helseatferdsmodellen som omhandler hvordan individet oppfatter egen helse og er et element som er lagt til i senere år (Skinner, Tiro og Champion 2015, 79). Å oppleve kontroll i situasjonen er knyttet til kvinnes identitetsfølelse som

innvirker på deres selvtro. Å oppleve en somatisk sykdom er nesten alltid en krenkelse av selvfølelse, fordi det er ingen som forventer å bli rammet. Det er alltid andre som blir syke (Dahl 2014, 32). Somatisk syke pasienter møter tre oppgaver som utfordrer deres psykiske ressurser. Først må de innrømme for seg selv og andre at de er alvorlig syke og utfordre selvpoppfatningen som friskt, sterk og usårbar. Selvstendigheten og evnen til å løse problemet blir utfordret av at pleie og omsorg er i hendene på andre (Dahl 2014, 32). Å erkjenne at en har en alvorlig sykdom kan redusere kvinnenes selvfølelse og integritet. Erkjennelsen kan påvirke deres egen selvtillit og videre kan det føre til forsinkelse i å søke hjelp ved symptomer på hjerteinfarkt. Litteraturstudiens funn viser at identitetsfølelse er en viktig faktor som bidrar til at kvinnene opplever kontroll i situasjonen. Foa, Fuochi og Fruggeri (2015, 53) sin studie støtter at kvinnene ønsket denne kontrollen. Å beholde kontroll var et viktig aspekt i symptomforløpet, viser også litteraturstudiens resultat. Flere kvinner beskrev at det var viktig å opprettholde selvtillit, fysisk og psykisk integritet og at dette var nært knyttet til identitetsfølelsen under en symptomopplevelse. Koning, Young og Bruce (2016, 11) finner at ikke alle kvinnene forsto alvorret i symptomene før de fikk kontroll over situasjonen. Studiene støtter dermed våre funn. Videre viser litteraturstudiens funn at ulike selvbehandlingsstrategier, taktikk som å vente-og-se eller fortsette med normale aktiviteter, ble benyttet i et forsøk på å opprettholde kontrollen. Kristofferzon (2003, 368) sin studie støtter at kvinnene ofte velger å fortsette med normale aktiviteter og at handlingen er også nært knyttet til ønsket om å ivareta sin identitet. I en helserelatert situasjon er det også viktig å vurdere hvordan kvinner knytter sin identitet til nære relasjoner og til å ta være på andres behov (Helse- og Omsorgsdepartementet 1999, 29) Dette bekrefter resultatene fra litteraturstudien, som peker på at kvinner har økt sannsynlighet for å prioritere andres behov fremfor egen helse. Sjöström-Strand og Fridlund (2007, 1007) fant også dette. Kvinnene i deres studie fortalte om bekymringer for egen familie og søkte derfor ikke hjelp ved symptomer på hjerteinfarkt.

Forsinket behandlingssøk kan også oppstå på grunn av tidligere erfaringer med helsevesenet. Rapporten om kvinners helse i Norge (Helse- og Omsorgsdepartementet 1999, 244) skriver at kvinner med langvarige og ubestemte plager kan oppleve møtet med leger som konfliktfylt og at de har liten tillit til legen. En studie gjort av Gundersen, Sørli og Bergvik (2017,34-36) beskriver at kvinnene hadde forskjellige erfaringer med fastlegen sin. Erfaringene kunne være farget av negative opplevelser. Kvinnene opplevde å bli diagnostisert feil med refluks, psykosomatiske plager og muskelsmerter. De fikk

opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor og at fastlegene ikke møtte dem med forståelse. Resultatet fra vår litteraturstudie beskriver at noen av kvinnene hadde slike oppfatninger og hadde vært i lignende situasjoner selv. Opplevelsen gjorde at de ble redde for å slå falsk alarm og bli oppfattet som hypokondere. Selvtilliten deres ble svekket, og som skrevet tidligere, hadde dette negativ innvirkning på den prehospitale tiden. Forskning som ble gjort for å undersøke helseatferdsmodellen sin effektivitet i helserelaterte intervensjoner, finner at intervensjoner basert på selvtro er de mest effektive i å endre helseatferd hos mennesker. Ved å øke det positive synet for helseatferd, samt å øke menneskers selvtillit til å utføre atferden, er mer motiverende for å endre helseatferd enn å bare dele informasjon som øker oppmerksomheten på sykdommens trussel (Skinner, Tiro og Champion 2015, 83).

Skinner, Tiro og Champion (2015, 79) beskriver at opplevde hindringer er et ledd i helseatferdmodellens beskrivelse av individnivåets handlingsmønster. Koning, Young og Bruce (2016, 10) finner at kvinner prioriterer sosiale forpliktelser framfor deres helse og ønsker ikke at hjerteproblemene skal forstyrre deres sosiale rolle. De forpliktelsene kvinnene hadde konkurrerte med avgjørelsen om å søke hjelp, og førte til forsinkelse i Foa, Fuochi og Fruggeri (2015, 54) sin studie. Studienes funn sammenfaller med, og styrker resultatene fra vår litteraturstudie der kvinnene fortalte om at de vurderte tilsvarende forpliktelser opp mot sine symptomer. Praktiske og følelsesmessige hindringer beskrives av Gustin (2016, 243) som en faktor mennesker overveier i en situasjon der de avgjør sin helseatferd. Videre beskriver forfatteren at kvinnes sterke bånd til forpliktelser kan være med å forklare hvordan de prioriterer. Dermed øker tiden til avgjørelsen om å søke hjelp i tråd med modellens beskrivelse av individets opplevelse av en hindring.

Helseatferdsmodellen tar ikke hensyn til individets følelser, da den er bygd opp på kognitivt grunnlag av hvordan individet oppfatter sin situasjon (Skinner, Tiro og Champion (2015, 89). Alonzo og Reynolds (1998, 1099) hadde som mål i sin forskning å sammenholde teoretisk og praktisk forståelse av tidslinjen fra symptomdebut til avgjørelsen om å søke hjelp for hjerteinfarkt. De ønsket å forstå følelsenes rolle i prosessen. Modellen som de utarbeidet viser at prosessene er heller situasjons- og følelsesmessig drevet enn styrt kun av symptomer. Teorien støtter under at hjerteinfarkt hos kvinner handler om mer enn bare symptomene, mens resultatet fra vår litteraturstudie viser at avgjørelsesprosessen om å søke hjelp er drevet av symptomutviklingen og ofte

påvirket av den større sosiale konteksten kvinnene befinner seg i. En kan trekke linjer dit at kvinnenes følelser, beskrevet tidligere som angst og redsel for å ta feil, blir et hinder for å søke hjelp. Videre kan vi se at disse opplevde hindringer passer også inn i helseatferdsmodellen.

Av egen erfaring med kvinnelige pasienter ser vi hvor stort ønsket om å kunne styre situasjonen selv kan være hos enkelte. Betydningen av den større sosiale konteksten, følelser og oppfatninger knyttet til egen helse og identitet, gjør at vi undrer på om kvinnenes rolle i samfunnet har innflytelse på deres helseatferd og avgjørelser de tar. Kan kvinnenes rolle som omsorgsperson, kone, mor og arbeidstaker skape hindringer i tankemønsteret og påvirke deres helseatferd?

5.2.4 Relevans for sykepleiere

Utøvelse av sykepleie omfatter direkte, pasientrettede oppgaver, så som forebyggende, helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjoner. I tillegg har sykepleieren indirekte oppgaver som undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning (Nortvedt og Grønseth 2016, 22).

Den forebyggende og helsefremmende funksjonen rettes både mot friske personer og mot personer som er spesielt utsatt for helsesvikt. Ved å styrke pasientens egne ressurser, fremmer vi helse. Sykepleiere skal også ha evne til å tidlig identifisere tegn på sykdom og iverksette tiltak for å forebygge reell eller potensiell helsesvikt. Å forstå den syke og deres pårørende er en evne som forventes av yrkesutøvelsen (Nortvedt og Grønseth 2016, 22).

Litteraturstudien peker på årsaker til kvinnenes prehospitale forsinkelse, til den komplekse og overordnede prosessen om å komme til en avgjørelse, samt kunnskapen kvinnene benytter i sin tolkning av symptomene og alvorlighetsgraden av dem. Dette er nødvendig for en sykepleier å vite noe om i de arenaer der de kan møte disse kvinnene. Ikke bare i fasen mellom symptomstart og beslutningstaking, men også når de først tar kontakt med hjelp. Sykepleierens undervisende funksjon innebærer ansvaret for å undervise og veilede pasienter, og disse kvinnene trenger mer klarere og relevant kunnskap for å fremme egen helse og helserelaterte beslutninger (Nortvedt og Grønseth 2016, 23).

Kvinnene fra våre resultater opplever ofte tvil, de prioriterer andre ting enn seg selv og forsøker å unngå å være syke. De har kanskje blitt overtalt til å søke hjelp fordi de har en

oppfatning om at akutt sykdom ikke rammer dem. Tidligere erfaringer med helsevesenet kan også ha høynet terskelen for den første kontakten med helsevesenet. Disse kvinnene kan sykepleieren møte via legevaktstelefonen, og der skal de vurderes, noe som krever kompetanse. Kunnskap om pasientens symptomer og kliniske tegn er nødvendig for å kunne gjøre relevante vurderinger og gi adekvate råd om tiltak. Skal en forstå situasjonen og tolke og kommunisere rett med disse kvinnene er det viktig å vite noe om deres mulige helseatferd og årsaker til den. Sykepleieren må anerkjenne kvinnene i en slik situasjon for å unngå ytterligere forsinkelse til behandling. Kunnskapen skal gjøre sykepleieren i stand til å utnytte den i et kort tidsrom til pasienter som opplever stor psykisk og fysisk belastning (Hansen og Hunskår 2016, 60-61).

Sykepleiere i hjemmetjeneste er de som ofte møter kvinner prehospitalt, og er i posisjon til å utøve helseopplysning og oppdage endringer hos sine brukere. En ustabil situasjon der pasienten trenger spesialisthelsetjeneste kan oppstå til enhver tid, og på lik linje med akutte situasjoner, krever den kompetente avgjørelser som gjør at tiden som benyttes til kliniske overveielser bli kortest mulig (Birkeland og Flovik 2014 48-50). Kunnskap om kvinners erfaringer og opplevelser ved hjerteinfarkt er nødvendig for sykepleierne som jobber i denne arenaen. Sykepleieren trenger denne kunnskapen for å gi faglig forsvarlig sykepleie, iverksette tiltak tidligst mulig ved kvinners hjerteinfarkt.

Sykepleieren er ansvarlig i å fremme helse og forebygge sykdom (NSF 2007, 24). I denne rollen skal de benytte sin kunnskap fra forskning og pasientarbeid til føre-var-tenking (NSF 2017, 6). NSF (2017) skriver videre at en sykepleier skal ha kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom i et individ og samfunnsperspektiv. På individ nivå, kvinnene fra vår litteraturstudie fremviser et behov for kunnskap, som burde komme fra helsepersonell. Ikke bare konkret om sykdommen akutt koronarsyndrom, men også om sine egne handlingsmønstre ved sykdom. Ved å bli bevisste på egne handlinger og tankemønstre, kan det tenkes å senke terskelen for å søke hjelp når de først blir akutt syke. Det er denne helseopplysningen som må videreformidles av sykepleiere, ikke bare i kardiologiske avdelinger eller poliklinikker, men alle plasser i samfunnet der sykepleieren har en rolle. I et samfunnsrettet perspektiv skriver NSF (2017) i sin politiske plattform for folkehelse, at de forventer at sykepleieren har en rolle i utvikling av nasjonal folkehelsepolitikk. De beskriver videre at et av satsingsområdene er sykepleieren som premissleverandør i folkehelsearbeidet.

6.0 Konklusjon

Kvinnenes symptomfering var svært varierende, fra vage fornemmelser og tretthet til sterke smerter, kvalme og tung pust. Det er viktig å være forberedt på at symptomutviklingen bidrar til forsinket helsehjelp, men at den overordnede prosessen kvinnene går igjennom før avgjørelsen om å søke hjelp blir gjort, også påvirker den prehospitale tiden. Videre er deres tolkning av symptomer, med individets subjektive kunnskap i bunn, et stort bidrag til forsinket avgjørelse om å søke hjelp. Sykepleieren som møter disse kvinnene bør møte dem med blanke ark i sin oppfatning av sykdommen og implementere dette i sin kunnskap når vurderinger gjøres.

Funn fra litteraturstudien, og fra andre studier, viser at kvinners avgjørelse i å søke helsehjelp er påvirket av mange faktorer. De indikerer at en av de viktigste faktorene er deres selvoppfattede rolle i samfunnet og at deres ansvarsfølelse er så dypt forankret i deres identitet at dette prioriteres fremfor egen helse.

En ser at sykepleierens evne til å påvirke den større sosiale konteksten til individet kan være utilstrekkelig, men at endringer må begynne på samfunnsnivå. Dette kan tenkes å involvere flere yrkesgrupper og myndigheter. Hvordan vi fremstiller kjønnsforskjeller i statistikk og informasjon, hvordan media presenterer sykdomsopplevelsen og hvordan helsepersonell og legfolk forholder seg til informasjon bør tas i betraktning. Sykepleierens deltagelse i folkehelsearbeidet og på individnivå bør fokusere på å øke kvinners selvtro gjennom å styrke identitetsfølelsen og dermed stimulere til mer passende helseatferd ved symptomer på hjerteinfarkt. Som sykepleiere må vi være observant på kvinnenes helseatferd og hvordan de kan hindre seg selv å søke helsehjelp i lys av egen selvopfatning og den sosiale konteksten.

På bakgrunn av kvinnenes rapporterte helseatferd foreslår vi studier der menn beskriver sin helseatferd og hvordan disse erfaringene påvirker deres prehospitale avgjørelser. Slik kan det tenkes at kjønnsforskjeller ved prehospital forsinkelse kan forstås bedre. Forskning med hensikt om å forstå menns helseatferd og erfaringer med akutt koronarsyndrom, kan i tillegg bedre forståelsen for funnene fra studier om kvinners erfaringer.

Funnet av den beskrevne overordnede prosessen som kvinnene gjennomgår viser behov for mer forskning der det letes etter kjønnsforskjeller i oppfatning av egen sykdom med en sosialkulturell referanseramme, slik at en kan søke etter årsakene som påvirker kvinnenes oppfatninger av egen helse. Vi er alle et individ formet av kulturen vi vokser opp i, noe som antyder at tiltak bør settes inn på samfunnsnivå for å endre kvinnenes holdninger til seg selv.

Et viktig bidrag til å påvirke den prehospitale tiden kan være pårørendes innflytelse på avgjørelsen om å søke hjelp. I kontrast til våre funn om pårørendes positive innvirkning på den prehospitale tiden, kan nye studier med hensikt som gir svar på pårørendes negative innvirkning og erfaringer ved symptomdebut bidra til ny kunnskap om kvinnenes erfaringer med symptomer på akutt koronarsyndrom, og hvorfor de forsinker å ta avgjørelsen om å søke hjelp.

Referanseliste

- Alonzo, A. Angelo og Nancy R. Reynolds. 1998. "The Structure Of Emotions During Acute Myocardial Infarction: A Model Of Coping." *Social Science and Medicine* 46, (9):1099-1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10040-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10040-5)
- Arslanian-Engoren, Cynthia og Linda D. Scott. 2017. "Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction." *Dimensions of Critical Care Nursing* 36, (5):298-303. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000260>
- Birkeland, Arvid og Anne Marie Flovik. 2014. "Pasientens hjem som arbeidsarena". I *Sykepleie i hjemmet*, 43-55. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Blakeman, R. John og Kathy J. Booker. 2016. "Prodromal myocardial infarction symptoms experienced by women." *Heart and Lung* 45, (4):327-335. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.04.005>
- Bowles, R. John, Marylyn M. McEwen og Anne G. Rosenfeld. 2018. "Acute Myocardial Infarction Experience Among Mexican American Women." *Hispanic Health Care International* 16, (2):62-69. <https://doi.org/10.1177%2F1540415318779926>
- Chandrasekhar Jaya, Amrita Gill og Roxana Mehran. 2018. "Acute myocardial infarction in young women: current perspectives". *International Journal of Women`s Health* 2018, (10):267-284. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S107371>
- Chen, Serene I, Yongfei Wang, Rachel Dreyer, Kelly M. Strait, Erica S. SPatz, Xiao Xu, Kim G. Smolderen et al. 2015. "Insurance and Prehospital Delay in Patients <55 Years With Acute Myocardial Infarction". *The American Journal of Cardiology* 116, (12):1827 – 1832. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.09.018>
- Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. "Analyse av dokumenter og litteraturstudier". I *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*, 57 – 70. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Coventry, L. Linda, Judith Finn og Alexandra P. Bremner. 2011. "Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis". *Heart & Lung* 40, (6):477-491. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.05.001>
- Dahl, Alv. 2014. «Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom.» I *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, redigert av Jon Håvard Loge, 32-41. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Davis, L. Leslie. 2017 ” A qualitative study of symptom experiences of women with acute coronary syndrome”. *Journal of Cardiovascular Nursing* 32, (5): 448-495.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000381>
- Davis, L. Leslie, Merle Mishel, Debra K. Moser, Noreen Esposito, Mary R. Lynn og Todd Schwartz. 2013. “Thoughts and behaviours of women with symptoms of acute coronary syndrome”. *Heart & Lung* 42, (6):428-435.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.08.001>
- Dracup, Kathleen, Debra K. Moser, Mickey Eisenberg, Hendrik A. Meischke, Angelo A. Alonzo og Allan Braslow. 1995. “Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms”. *Social Science and Medicine* 40, (3):379-392.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00278-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00278-2)
- Eikeland Anne, Dag-Gunnar Stubberud og Trude Haugland. 2017. ”Sykepleie ved hjertesykdommer”. I *Klinisk Sykepleie 1*, redigert av Hallbjørg Almås, 229 – 280. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eines, Fløystad. Trude. 2018. *Eksamen SAE00 Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Evans, David. 2002. ”Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data”. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20, (2): 22-26.
- Foá, Chiara, Giulia Fuochi og Laura Fruggeri. 2015.”Factors affecting women’s well-being during the experience of acute myocardial infarction: a literature review.” *Acta Biomed For Health Professionals* 86, (1):51-61.
- Folkehelseinstituttet 2019a. ”Vedlegg 2: Sjekklistor” I *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*.” Lest 10. februar 2019.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/bruker erfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistor.pdf
- Folkehelseinstituttet 2019b. ”Dødsårsaksregisteret – statistikkbank” Lest 9. februar 2019.
<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>.
- Folkehelseinstituttet. 2018. Hjerte- og karsykdommer i Norge. I ”*Folkehelse rapporten 2018*. Lest 7. februar 19. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>

- Foster, Stella og Maggie Mallik. 1998. "A comparative study of differences in the referral behaviour patterns of men and women who have experienced cardiac-related chest pain". *Intensive and Critical Care Nursing* 14, (4):192-202.
[https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(98\)80525-9](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(98)80525-9)
- Gallagher, Robyn, Andrea P. Marshall og Murray J. Fisher. 2010. "Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time". *Heart & Lung* 39, (6):477-484.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.10.019>
- Gerds Eva og Maja-Lisa Løchen. 2015. *Kvinnehjertes, en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Glanz, K. og Donald B. Bishop. 2010. "The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions". I *Annual Review of Public Health* 31, (1): 399-418.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>
- Gundersen, E. Berg Agnes, Tore Sørli og Svein Bergvik. 2017. "Women with coronary heart disease – making sense of their symptoms and their experiences from interacting with their general practitioners." *Health Psychology and Behavioral Medicine* 5, (1):29-40. <https://doi.org/10.1080/21642850.2016.1263574>
- Gustin, Wiklund Lena. 2016. *Psykologi for sykepleiere*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Gyberg, A., Lena Björck, Susanne Nielsen, Sylvia Maatta og Kristin Falk. 2015. "Women's help-seeking behavior during a first acute myocardial infarction". *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, (4): 670-677.
<https://doi.org/10.1111/scs.12286>.
- Hackett, P. Thomas og N.H. Cassem. 1969. "Factors Contributing to Delay in Responding to the Signs and Symptoms of Acute Myocardial Infarction". *The American Journal of Cardiology* 24, (5):651-658. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(69\)90452-4](https://doi.org/10.1016/0002-9149(69)90452-4).
- Hansen, Holm Elisabeth og Steinar Hunskår. 2016. "Medisin og sykepleie i legevakt: egenart og samarbeid. I *Legevaktarbeid, En innføringsbok for leger og sykepleiere*, redigert av Steinar Hunskår og Elisabeth Holm Hansen, 58-64. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Helsebiblioteket 2018a. "Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie". Lest 10. Februar 2019. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsenorge.no. 2019. "Hjerteinfarkt". Lest 2.05.19. <https://helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjerteinfarkt>.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 1999. "NOU 1999: 13. Kvinners helse i Norge". Lest 2.05.19. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-13/id141704/sec1>
- Henriksson, C, Margareta Larsson, Judy Arnetz, Marianne Berglin-Jarlöv, Johan Herlitz, Jan-Erik Karlsson, Leif Svensson et al. 2011. "Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms". *International Journal of Cardiology* 147, (2):224-227. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.08.019> .
- Herning, M., Peter R. Hansen, Birgitte Bygbjerg og Tove Lindhardt. 2010. "Women's experiences and behavior at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction". *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (4), 241-247. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ejcnurse.2010.10.002> .
- Higginson, Ray. 2008. "Women's help-seeking behavior at the onset of myocardial infarction." *British Journal of Nursing* 17, (1): 10-14. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28054> .
- Hunskår, Steinar. 2016. "Organisering og bruk av legevakt i Norge" I *Legevaktarbeid, En innføringsbok for leger og sykepleiere*, redigert av Steinar Hunskår og Elisabeth Holm Hansen, 38-50. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Høgskolen i Molde 2018. "Databaser". *Biblioteket*. Lest 15. Desember 2018. <https://www.himolde.no/bibliotek/databaser/> .
- Isaksson, Rose-Marie, Christine Brulin, Mats Eliasson, Ulf Naslund og Karin Zingmark. 2013. "Older women's Prehospital Experiences of Their First Myocardial Infarction". *Journal of Cardiovascular Nursing* 28, (4):360-369.
- Jacobsen Dag, Trond Buanes, Baard Ingvaldsen, Sverre Erik Kjeldsen og Olav Røise. 2017. "Hjerte og Karsykdommer" I *Sykdomslære, Indremedisin, Kirurgi og Anestesi*", 38-123. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Koning, Clare, Lynne Young and Anne Bruce. 2016. "Mind the Gap: Women and Acute Myocardial Infarctions-An Integrated Review of Literature." *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 26, (3):8-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29513939>

- Kristofferzon, Marja-Lena, Rurik Löfmark og Marianne Carlsson. 2003. "Myocardial infarction: gender differences in coping and social support". *Journal of Advanced Nursing* 44, (4):360-374. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02815.x>
- Lichtman, H. Judith, Erica C. Leifheit-Limson, Emi Watanabe, Norrina B. Allen, Brian Garavalia, Linda S. Garavalia, John A. Spertus, Harlan M. Krumholz, Leslie A. Curry. 2015. "Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women with Acute Myocardial Infarction". *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 8, (2):31-38. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612> .
- Løvlien, Mona. 2010. "When every minute counts." Thesis for the degree of Doctor Philosophiae. Norwegian University of Science and Technology.
- Mackay, Martha H, Pamela A Ratner, Michelle Ngyen, Myra Percy, Paul Galdas og Gilat Grunau. 2014. "Inconsistent measurement of acute coronary syndrome patients`pre-hospital delay in research: A review of the literature". *European Journal of Cardiovascular Nursing* 13, (6): 483 – 493. <https://doi.org/10.1177%2F1474515114524866> .
- Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative Forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4utg. Oslo:Akademisk Forlag.
- Meyer, R. Matthias, Alain M. Bernheim, David J. Kurz, Crochan J. O'Sullivan, David Tuller, Rainer Zbinden, Thomas Roseman og Franz R. Eberli. 2018. "Gender differences in patient and system delay for primary percutaneous coronary intervention: current trends in a Swiss ST-segment elevation myocardial infarction population." *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* 8, (3): 283-90. <https://doi.org/10.1177%2F2048872618810410>
- Nakstad, Rostrup Anders. 2017. «Akutt hjertesykdom.» I *Akuttmedisinsk sykepleie*, redigert av Jan Erik Haugen, 127-135. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ngyen L, Hoa, Jane S. Saczynski, Joel M. Gore og Robert Goldberg. 2010. "Age And Sex Differences in Duration of Prehospital Delay in Patients With Acute Myocardial Infarction, A systematic Review". *Circ Cardiovascular Quality and Outcomes* 2010. (3):82-92. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.884361>
- Nortvedt, Per og Randi Grønseth 2016. "Klinisk sykepleie – Funksjon, ansvar og kompetanse". I *Klinisk Sykepleie Bind 1*, redigert av Hallbjørg Almås, Randi Grønseth og Dag-Gunnar Stubberud, 17- 40. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Nortvedt, W. Monica, Birgitte Graverholdt, Gro Jamtvedt, Lene Victoria Nordheim og Liv Merete Reinar. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert!*. Oslo: Akribe AS.
- Norsk Hjerteinfarktregister. 2017. Årsrapport 2017. Lest 22.3.19.
https://stolav.no/seksjon/Hjerteinfarktregisteret/Documents/Årsrapporter/Årsrapport%202017/2018-10-5%20Årsrapport%202017_levert_redigert.pdf .
- NSD 2019. ”Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler”. Lest 10. februar 2019.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier.action> .
- NSF 2107. ”Sykepleie og folkehelsearbeid”. I *Politisk plattform for folkehelse*. Lest 13.05.19.
https://www.nsf.no/Content/3051249/cache=20171603080955/Politisk%20Plattform_folkehelse_2017-2020.pdf .
- NSF 2007. ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” . Lest 10. mai 2019.
<https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile> .
- Riimer, K. Barbara og Noel T. Brewer 2015. ”Introductions to health behaviour theories that focus on individuals”. I *Health Behaviour: Theory, Research and Practice*, redigert av Karen Glanz, Barbara K. Rimer og K. Wisvanath, 67-74. San Francisco: Jossey-Bass. Nedlastet 08.05.19. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/moldebib-ebooks/reader.action?docID=4180250&ppg=1>
- Rødland, Anne Winsnes. 2018. “Hva vet vi om kvinners helse? Rapport fra forprosjektet til Kvinnehelseportalen”. *Nasjonal Kompetansetjeneste for Kvinnehelse*. Lest 02.05.19.
http://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf .
- Sand Olav, Egil Haug og Øystein V. Sjaastad. 2014. ”Sirkulasjonssystemet” . I *Menneskets Fysiologi*, 361 – 443. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjöström-Strand, Annica og Bengt Fridlund. 2007. ”Women’s descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study”. *International Journal of Nursing Studies* 45, (7):1003-1010. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.004> .
- Skinner, Sugg Celette, Jasmin Tiro og Victoria L. Champion. 2015. ”The Health Belief Model”. I *Health Behaviour: Theory, Research and Practice*, redigert av Karen Glanz, Barbara K. Rimer og K. Wisvanath, 75-91. San Francisco: Jossey-Bass. Nedlastet 08.05.19. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/moldebib-ebooks/reader.action?docID=4180250&ppg=1>

- Smith, Rita, Kate Frazer, Abbey Hyde, Laserina O'Connor og Patricia Davidson. 2018. "Heart disease never entered my head: Women's understanding of coronary heart disease risk factors." *Journal of Clinical Nursing* 27, (21-22):3953-3967. <https://doi.org/10.1111/jocn.14589> .
- Sørli, Tore. 2014. «Hjerte og karsykdommer.» I *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, redigert av Jon Håvard Loge, 473-477. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Turris, Sheila A. og Joy L. Johnson. 2008. "Maintaining Integrity: Women and Treatment Seeking for the Symptoms of Potential Cardiac Illness". *Qualitative Health Research* 18, (11): 1461 – 1476. <https://doi.org/10.1177/1049732308325824> .
- Turris, A. Sheila og Sheila Finamore. 2008. "Reducing Delay for Women Seeking Treatment In The Emergency Department For Symptoms of Potential Cardiac Illness". *Journal of Emergency Nursing* 34, (6):509-515. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.09.016> .

Vedlegg 1

P	I	C	O
<p>acute coronar* ACS acute myocard* AMI acute MI heart attack* NSTEMI STEMI UAP unstable angina pectoris</p> <p>akutt koronar* AKS akutt myokard* hjerteinfarkt* NSTEMI STEMI Ustabil angina pectoris UAP</p>	<p>decision* help* treat* seek* care* medical* healthcare* symptom* onset* prehospital* delay*</p> <p>beslutning* avgjøre* bestemme* hjelp* behandl* helsehjelp akutt*</p>		<p>experienc* percept* attribut* interpret*</p> <p>erfaring* persepsjon attrib* tolk* oppfat*</p>

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Acute Coronary Syndrome or acute coronar* or Myocardial Infarction or ACS or acute myocard* or AMI or acute MI or heart attack* or nstemi or Non-ST Elevated Myocardial Infarction or stemi or ST Elevation Myocardial Infarction or Angina, Unstable or uap or unstable angina pectoris, limit 11 to (female AND yr= "2008 – current" AND "all adult (19 plus years)" AND (danish or english or norwegian or swedish))	15/3	Ovid Medline	34416	0	0	0
Decision Making or decision* or help* or Help-Seeking Behavior treat* or seek* or care* or Medical Assistance or medical* or Emergency Medical Services or healthcare* or Symptom Assessment or symptom* or onset* or prehospital* or delay*	15/3	Ovid Medline	8451095	0	0	0
Acute Coronary Syndrome or acute coronar* or Myocardial Infarction or ACS or acute myocard* or AMI or acute MI or heart attack* or nstemi or Non-ST Elevated Myocardial Infarction or stemi or ST Elevation Myocardial Infarction or Angina, Unstable or uap or unstable angina pectoris, limit 11 to (female AND yr= "2008 – current" AND "all adult (19 plus years)" AND (danish or english or norwegian or swedish)) AND Decision Making or decision* or help* or Help-Seeking	15/3	Ovid Medline	22947	0	0	0

Behavior treat* or seek* or care* or Medical Assistance or medical* or Emergency Medical Services or healthcare* or Symptom Assessment or symptom* or onset* or prehospital* or delay*						
experienc* or percept or attribut* or interpret*	15/3	Ovid Medline	11863355	0	0	0
Acute Coronary Syndrome or acute coronar* or Myocardial Infarction or ACS or acute myocard* or AMI or acute MI or heart attack* or nstemi or Non-ST Elevated Myocardial Infarction or stemi or ST Elevation Myocardial Infarction or Angina, Unstable or uap or unstable angina pectoris, limit 11 to (female AND yr= "2008 – current" AND "all adult (19 plus years)" AND (danish or english or norwegian or swedish)) AND Decision Making or decision* or help* or Help-Seeking Behavior treat* or seek* or care* or Medical Assistance or medical* or Emergency Medical Services or healthcare* or Symptom Assessment or symptom* or onset* or prehospital* or delay* AND experienc* or percept or attribut* or interpret*, limit to ("qualitative (maximizes specificity) or "qualitative (best balance if sensitivity and specificity)")	15/3	Ovid Medline	2048	0	0	0
Qualitative Research or qualitative	15/3	Ovid Medline	180604	0	0	0

<p>Acute Coronary Syndrome or acute coronar* or Myocardial Infarction or ACS or acute myocard* or AMI or acute MI or heart attack* or nstemi or Non-ST Elevated Myocardial Infarction or stemi or ST Elevation Myocardial Infarction or Angina, Unstable or uap or unstable angina pectoris, limit 11 to (female AND yr= "2008 – current" AND "all adult (19 plus years)" AND (danish or english or norwegian or swedish)) AND Decision Making or decision* or help* or Help-Seeking Behavior treat* or seek* or care* or Medical Assistance or medical* or Emergency Medical Services or healthcare* or Symptom Assessment or symptom* or onset* or prehospital* or delay* AND experienc* or percept or attribut* or interpret*, limit to ("qualitative (maximizes specificity) or "qualitative (best balance if sensitivity and specificity)") AND Qualitative Research or qualitative</p>	15/3	Ovid Medline	95	14	8	5
--	------	--------------	----	----	---	---

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>((noft(acute coronar* OR ACS OR acute myocard* OR heart attack* OR nstemi or stemi OR uap OR unstable angina pectoris) AND noft(decision* OR help* OR treat* OR seek* OR care* OR medical* OR healthcare OR symptom* OR onset* OR prehospital* OR delay*) AND noft(experienc* OR percept* OR attribut* or interpret*) AND mesh.Exact("Help-Seeking Behavior OR "Qualitative Research" OR Women s health")) AND female(yes)) AND la.exact("Norwegian or "Swedish" OR "English" OR "Danish"))</p> <p>Additional Limits:</p> <p>Date: After 2008 January 01</p> <p>Age Group: Adult 19-44years, Aged (65+ years) Aged (80+ years), Middle Aged (45 – 64 years).</p>	15/3	Proquest Health Research Premium Pro	76	25	6	3

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>TX (Acute coronar* or ACS or acute myocard* or AMI or acute MI or heart attack* or NSTEMI or STEMI or UAP or unstable angina pectoris) AND TX (decision* or help* or treat* or seek* or care* or medical* or healthcare or symptom* or onset* or preshospital* or delay*) AND TX (experienc* or percept* or attribut* or interpre*),</p> <p>Limiters: Publish Date: 20080101-20190331,</p> <p>Clinical Queries: Qualitative – High Specificity, Qualitative – Best Balance</p> <p>Gender: Female,</p> <p>Age Groups: Adult: 19-44, Middle aged: 45 – 64 years, Aged 65+years, Aged 80 and over,</p> <p>Language: Danish,English,Norwegian, Swedish</p>	15/3	Cinahl	96	9	4	1

Vedlegg 2

Analyse del 1

<u>Symptomenes kompleksitet</u>	
Prodromale symptomer og deres karakter	1,2,5,6,8,9,10
Sykdomsspesifikke symptomer og deres karakter (brystsmerter som oftest)	1,4,5,6,8
Symptomer som ble gjenkjent umiddelbart	2
- Førte til søk av hjelp	1,3
Symptomer som utviklet seg sakte, men tok en brått endring	2,6,7
Symptomer som utviklet seg over tid, var vag og intermitterende	2
Intense smerter som førte til raskere beslutning	2,2,6,7,7,8,9
Opplevelse av redsel, angst, tvil og skam	1,3,4,5,7,8
Betydningen av symptomenes karakter og utvikling for forsinkelse	2,6,7,8,10
<u>Kunnskap og vurderinger</u>	
Manglende innsikt i egen risiko	1,3,5,6
- Feilvurdering av egen risiko	1,3,6
- Familiær risiko og andre risikofaktorer	1,1,3,5,6
Manglende innsikt i sykdom og behandling	6,8,8
<u>Avgjørelsesprosessens kompleksitet</u>	
Prioriteringer konkurrerte med avgjørelsen om å søke hjelp	1,2,3,5,7,8,9,10
Bekymring for «falsk alarm»	1,2,3,8,9
Å bli oppfattet som hypokonder	1,8
Ambivalens	3,8

<p><u>Tolkning og attribusjon av symptomer</u></p> <p>Bruk av ikke-kardiologiske årsaksforklaringer</p> <p>Tidligere erfaringer og sykdom</p> <p>Forventninger til sykdomsbildet</p> <p>Påvirkning av eksterne kilder (media, helsepersonell)</p> <p>Rett tolkning</p> <ul style="list-style-type: none"> - forsinkelse - kjapp avgjørelse <p>Mistolkning av symptomer/ikke oppfattet alvorlige nok</p> <p>Stereotypisk kjønnsoppfatning av sykdommen (risikofaktorer, livsstil, kjønn,)</p>	<p>1,2,3,5,7,8,9,10,</p> <p>1,2,3,3,4,5,6,7,7,8,10</p> <p>1,3,4,5,6,8,9,10</p> <p>1,4,7</p> <p>2</p> <p>2,3,10</p> <p>2,3,4,5,8</p> <p>4,3</p>
<p><u>Ønsket om å beholde kontroll – strategier og handlinger</u></p> <p>Selv-behandling (til symptomene ble uutholdelige)</p> <p>Fortsette med normale aktiviteter</p> <p>Ufarliggjøring av symptomer</p> <p>Handlingsplan for akutte situasjoner</p> <p>«Vente og se»</p>	<p>1,3,3,4,6,7,8,9,10</p> <p>2,2,7,8,10</p> <p>3,4,7,8</p> <p>3</p> <p>6,7,8,8,9</p>
<p><u>Å involvere andre</u></p> <p>Transportmetode</p> <ul style="list-style-type: none"> - ikke involvere AMK - bruk av egen bil/bli kjørt av andre - bruk av AMK ved intense symptomer <p>Ønsket om å ikke være til bry/ikke bekymre andre</p>	<p>2,3,5,8,10</p> <p>5,6,8,9,10</p> <p>2,2</p> <p>2,3,4,9,10</p>

Positivt for å redusere forsinkelse	1,3,6,8,8,9,10
Prioritere andres behov	1,8,9
<u>Erfaringer med helsetjenesten</u>	
Primærhelsetjenesten feiler å diagnostisere	1,6
Tidligere udiagnostisert ved pågående AMI	
-førte til mistillit og følelse av tvil	2,8
Positiv opplevelse med helsetjenesten	9,10

Analyse del 2

Symptomenes kompleksitet	
<u>Beskrivelse av symptomer</u>	
Prodromale symptomer og deres karakter	1,2,5,6,8,9,10
Sykdomsspesifikke symptomer, som oftest brystsmerter	1,4,5,6,8
Symptomer som ble gjenkjent umiddelbart	2
- og førte til søk av hjelp	1,3
Symptomer som utviklet seg sakte, men tok en brått endring	2,6,7
Intense smerter som førte til raskere beslutning	2,2,6,7,7,8,9
Opplevelse av redsel, angst, tvil og skam	1,3,4,5,7,8
<u>Betydningen av symptomenes karakter og utvikling for forsinkelse</u>	2,6,7,8,10
Symptomer som oppfattes ikke alvorlige nok	2,4,5
Symptomer som oppleves forvirrende og dermed vanskeliggjør attribusjon til en årsak	4,8,10
<u>Tolkning og attribusjon av symptomer</u>	
Bruk av ikke-kardiologiske årsaksforklaringer	1,2,3,5,7,8,9,10,

Tidligere erfaringer og sykdom	1,2,3,3,4,5,6,7,7,8,10
Forventninger til sykdomsbildet	1,3,4,5,6,8,9,10
Påvirkning av eksterne kilder (media, helsepersonell)	1,4,7
Rett tolkning som fører til	
- forsinkelse	2
- kjapp avgjørelse	2,3,10
Mistolkning av symptomer, symptomer som oppfattes ikke alvorlige nok	2,3,4,5,8
Stereotypisk kjønnsoppfatning av sykdommen (risikofaktorer, livsstil, kjønn)	4,4,3

Avgjørelsesprosessens kompleksitet	
<u>Kunnskap og vurderinger</u>	
Manglende innsikt i egen risiko som innebærer:	1,3,5,6
- Feilvurdering av egen risiko	1,3,6
- Familiær risiko og andre risikofaktorer	1,1,3,5,6
Manglende innsikt i sykdom og behandling	6,8,8
<u>Ønsket om å beholde kontroll</u>	
Bruk av forskjellige selv-behandlingsstrategier	1,3,3,4,6,7,8,9,10
Fortsette med normale aktiviteter	2,2,7,8,10
Ufarliggjøring av symptomer	3,4,7,8
Ønsket om å ikke være til bry og ikke bekymre andre	2,3,4,9,10
Å ta vare på identitetsfølelsen og integriteten	7,8,9
«Vente og se»	6,7,8,8,9
<u>Å involvere andre</u>	
Ambivalens	3,8

Prioriteringer konkurrerte med avgjørelsen om å søke hjelp:	1,2,3,5,7,8,9,10
- Prioritere andres behov	1,8,9
Bekymring for «falsk alarm»	1,2,3,8,9
Valg av transportmetode:	
- ikke involvere AMK	2,3,5,8,10
- bruk av egen bil/bli kjørt av andre	5,6,8,9,10
- bruk av AMK ved intense symptomer	2,2
Redusert forsinkelse ved å involvere andre	1,3,6,8,8,9,10
<u>Erfaringer med helsetjenesten</u>	
Primærhelsetjenesten feiler å diagnostisere	1,6
Tidligere udiagnostisert ved pågående AMI som førte til mistillit og følelse av tvil	2,8
Positiv opplevelse med helsetjenesten	9,10

Vedlegg 3

Forfattere År Land Tidsskrift	Lichtman, H. Judith, Erica C. Leifheit-Limson, EmiWatanabe, Norrina B. Allen, Brian Garavalia, Linda S. Garavalia, John A. Spertus, Harlan M. Krumholz, Leslie A. Curry 2015 USA Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes
Tittel	<i>Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women with Acute Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Studiens formål er ikke direkte formulert, men fra konteksten kan man forstå at forskernes hensikt med studien var å undersøke kvinners erfaringer med prodromale symptomer og deres beslutningsprosess om å søke medisinsk hjelp. De ønsket å identifisere faktorer som muligens bidrar til forsinket gjenkjennelse av hjertelaterte symptomer og involvering av helsevesenet.
Metode/instrument	Kvalitativ studie der forskerne benyttet seg av grounded theory modellen og utførte dybdeintervjuer med deltakerne. Deltakerne var en del av en større omfattende studie, kjent som TRIUMPH. Intervjuene ble utført via telefon innen to uker etter å ha tiltrådt TRIUMPH studien. Datainnsamling og – analyse skjedde samtidig, og intervjuguiden ble formet som intervjuene og analysen gjorde framskritt (progress). Intervjuene varte mellom 30 og 45 minutter og var tatt opp på bånd. Lydopptakene ble transkribert. Forskerne delte spesifikke sitater transkribert fra intervjuene inn i kategorier og benyttet seg av konstant komparativ metode. Prosessen tok slutt når ingen flere nye koder kunne identifiseres.
Deltakere/fracfall	30 kvinner deltok i studien mellom 30 og 55 år og alle av dem har vært innlagt på sykehus grunnet AMI. Demografiske data ble beskrevet. Utvalget var strategisk og forskerne valgte ut informasjonsrike pasienter fra en tidligere omfattende studie (TRIUMPH). Deltakerne ble kontaktet på e-post og fått all informasjon før intervjuene. Antall deltakere ble bestemt basert på data-metning. Metning av data var fullstendig etter å ha intervjuet 30 deltakere.
Hovedfunn	Fem hovedtemaer ble identifisert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prodromale symptomer varierte betraktelig både i natur, varighet og klinisk presentasjon. 2. Kvinner under 55 år vurderte deres risiko for hjertesykdommer feil og som oftest forklarte deres symptomer med ikke-kardiologiske symptomer. fordøyelsesplager og tretthet.

	<p>3. Prioriteringer ofte konkurrerte og sto i strid med avgjørelsen om å søke akutt hjelp når kvinnene gjenkjente symptomene. Kvinnene støttet seg på selv-behandlingsstrategier for å behandle deres symptomer til de har kommet til et punkt der de ikke kunne tolerere dem lenger.</p> <p>Å involvere andre i både kartlegging av symptomer og avgjørelsen om å handle førte til kjapp handling og styrket kvinnenes selvtillit for å søke hjelp.</p> <p>4. Helsetjenesten var ikke alltid imøtekommende med kvinnene og resulterte i forsinket diagnostisering.</p> <p>5. Kvinnene har ikke rutinemessig benyttet primærhelsetjenesten, inklusiv forebyggende behandling for hjertesykdommer.</p>
Etisk vurdering	Godkjenning ble gitt av IBR (Institutional Review Board) hos hver institusjon som deltok i TRIUMPH studien og deltakerne har gitt informert samtykke til å delta både i TRIUMPH studien og denne kvalitative understudien.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert. Kvalitet: HØY

Artikkel 2

Forfattere År Land Tidsskrift	Davis, L. Leslie 2017 USA Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>A qualitative study of symptom experiences of women with acute coronary syndrome</i>
Hensikt	Formålet med denne studien var å identifisere faktorer som påvirker kvinners evne til å identifisere og presist tolke symptomene av en mistenk akutt koronar sykdom.
Metode/instrument	Kvalitativ studie som har brukt «directed content analysis» som metode. Studien støtter seg på en tidligere kvalitativ/grounded theory studie. Deltakerne gjennomførte semistrukturerte dybdeintervjuer der det ble brukt en intervjuguide utviklet i en tidligere studie. Etter intervjuene måtte deltakerne fylle ut et skjema: «Response to Symptoms Questionnaire» for å kunne triangulere svarene som kom fram i intervjuene. Intervjuene ble tatt opp på lyd og transkribert verbatim.
Deltakere/fracfall	Til sammen 18 deltakere. To tredjedeler av dem hadde et bekreftet myokard iskemi, av dem de fleste var STEMI. 6 personer var diagnostiserte med ustabil angina. Kvinnene hadde en alder mellom 46 og 84 år Ingen dokumentert fracfall av deltakere.
Hovedfunn	Alle kvinnene har gått gjennom en prosess av å gjenkjenne og tolke deres symptomer. Basert på deres symptomer ble det identifisert tre grupper. Den ene gruppen hadde symptomer som ble gjenkjent umiddelbart, og kvinnene var klar over at de måtte få hjelp. Den andre gruppen med kvinner hadde symptomer som startet sakte og så skiftet dramatisk karakter. Den tredje gruppen hadde atypiske, lumske symptomer som hadde en intermitterende karakter.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av institusjonens etiske komite og et begrenset avbud av «Health Insurance Portability and Accountability Act» autorisasjon var gitt for tilgang til medisinsk dokumentasjon. Dette for å kunne sjekke egnethet av deltakerne og for å kunne kontakte potensielle deltakere.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert. Kvalitet: HØY

Artikkel 3

Forfattere År Land Tidsskrift	Herning, M., Peter R. Hansen, Birgitte Bygbjerg og Tove Lindhardt 2010 Danmark European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>Women's experiences and behavior at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction</i>
Hensikt	Formålet med studien var å undersøke hvordan kvinners tanker, motivasjon og handlinger påvirket deres forsinkelse i å søke behandling når de hadde akutte symptomer på STEMI.
Metode/instrument	Fenomenologisk metode ble benyttet for å kartlegge determinanter av kvinners behandlingforsinkelse. Det ble utført dybdeintervjuer og Giorgis fenomenologisk metode ble benyttet i analysen. Intervjuene ble tatt opp på og transkribert verbatim.
Deltakere/frafall	17 kvinner deltok i studien og alle hadde en STEMI diagnose. 3 deltakere trakk grunnet fatigue, dermed var det bare 14 kvinner igjen. Dem som hadde en STEMI mens innlagt på sykehuset eller hadde kognitiv svikt og levde på sykehjem ble ekskludert fra studien. Alle deltakerne måtte kunne kommunisere på dansk. Deltakerne var mellom 50 og 84 år.
Hovedfunn	Det ble identifisert tre essensielle funn som kan besvare/forklare fenomenet, altså kvinners tanker, motivasjon og handlinger med innflytelse på forsinkelsen av søk av behandling ved symptomer på akutt STEMI: <ol style="list-style-type: none"> 1. kunnskap og ideer av AMI symptomer og risiko 2. ambivalens om å søke medisinsk hjelp eller å takle situasjonen selv 3. handlinger og strategier som er utført etter at symptomene oppstår <p>I tillegg ble det identifisert flere sentrale elementer av hvert hovedfunn.</p> <p>Kunnskap og ideer</p> <p>1.1: Om å mistolke symptomene: forventningene om hvordan AMI skulle oppleves var annerledes enn den faktiske opplevelsen.</p> <p>1.2: Ideen om at man ikke tilhører risikogruppen for hjerteinfarkt.</p> <p>1.3: Symptomene ble ansett som symptomer på noe annet som var mindre farlig og har gitt mening.</p> <p>1.4: Påvirkningen av å tolke symptomene som hjerteinfarkt-relatert</p>

	<p>Ambivalens</p> <p>2.1: Undervurdering av symptomene</p> <p>2.2: Viktigheten av å involvere andre: Tilstedeværelsen av andre har generelt redusert forsinkelse.</p> <p>2.3: Å ta hensyn til andre</p> <p>Handlinger og strategier</p> <p>3.1: Forsøk på å lindre ubehag</p> <p>Kvinnene har forsøkt å bruke forskjellige selv-behandling strategier.</p> <p>3.2: Å ha en plan for akutte situasjoner viste seg å være helt avgjørende</p>
Etisk vurdering	<p>Studien var akseptert av den Regionale komiteen av vitenskapsetikk og samsvarer med prinsippene formulerte i Helsinkideklarasjonen.</p> <p>Alle deltakere har fått muntlig og skriftlig informasjon om at deltakelse var frivillig, at all data ville bli behandlet konfidensielt og det var mulig å trekke seg fra studien når som helst.</p> <p>Alle deltakere har gitt muntlig og skriftlig samtykke til deltakelse før intervjuene.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Fagfellevurdert.</p> <p>Kvalitetsvurdering:: HØY</p>

Artikkel 4

Forfattere År Land Tidsskrift	Higginson, Ray 2008 Englang British Journal of Nursing
Tittel	<i>Women's help-seeking behavior at the onset of myocardial infarction</i>
Hensikt	Studien fokuserer på å kartlegge kvinners erfaringer av myokardiskemi for å forstå hva er det som påvirker deres beslutning om å søke hjelp ved debut av brystmerter.
Metode/instrument	Forskerne brukte kvalitativ metode/grounded theory som forskningsmetode. Semistrukturerte dybdeintervjuer ble utført over en periode på 12-14 måneder. Datainnsamling og data analyse foregikk samtidig. Intervjuene ble transkribert verbatim, dataene ble kodet og konstant komparativ analysemetode ble benyttet for å identifisere repetitive temaer.
Deltakere/fracfall	Strategisk utvalg av 25 kvinner mellom 39 og 75 år. Alle deltakerne var allerede en del av et kardiologisk rehabiliteringsprogram i etterkant av deres myokardiskemi. Intervjuene ble utført på de respektive sykehusene der rehabiliteringsprogrammet tok plass. Ingen fracfall av deltakere er beskrevet i studien.
Hovedfunn	Det sentrale funnet i artikkelen er at kvinner utsetter å søke hjelp for deres brystmerter. Dette kan knyttes til tre subkategorier: <ul style="list-style-type: none"> - Å beholde kontroll gjennom selv-medisinerer - Å ikke gjenkjenne symptomene - Kjønnbestemt oppfatning av hjertelidelser <p>Å beholde kontroll ved selv-medisinerer: av 25 deltakere, 23 påsto at når brystmertene startet, bestemte de seg for å utsette å søke profesjonell medisinsk hjelp og heller ville ta medisiner selv.</p> <p>Temaet om å ikke gjenkjenne symptomene ble videre kartlagt og gjennom videre datanalyse ble det utviklet en ny subkategori.</p> <p>Kjenner ikke igjen symptomene: Alle 25 kvinner opplevde redsel ved start av deres symptomer, men mange har ikke tenkt på disse som hjerterelatert med en gang. Basert på dette ble det gjort et annet viktig funn relatert til kjønnsmessig oppfattelse av hjerteinfarkt.</p> <p>Kjønnsmessig oppfatning av symptomer: Det var funnet at noen av kvinnene hadde en stereotypisk oppfatning av hvordan et hjerteinfarkt skulle være. Disse stereotypene innebar å være overvektig, å være røyker og det å være mann.</p>

Etisk vurdering	Studien ble godkjent både av «Multi-centre Research Ethics Committee» og av den lokale forskningsetikk komiteen. Deltakerne som frivillig valgte å delta har gitt informert, skriftlig samtykke og er blitt gjort oppmerksom på at de kunne trekke seg fra studien når som helst.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert. Kvalitetsvurdering: HØY

Artikkel 5

Forfattere	Arslanian-Engoren, Cynthia og Linda D. Scott
År Land Tidsskrift	2017 USA Dimensions of Critical Care Nursing
Tittel	<i>Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Studiens hensikt var å beskrive årsakene bak kvinners forsinket behandlingssøk ved akutt hjerteinfarkt.
Metode/instrument	Denne studien er en sekundær analyse knyttet til en kvalitativ, beskrivende studie som undersøkte kvinners erfaringer som besøkte akuttmottaket ved symptomdebut av akutt hjerteinfarkt. Den sekundære analysen benyttet Krueger metoden for å analysere deltakernes fortellinger. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert verbatim.
Deltakere/frafall	I den initiale studien hadde 14 deltakere som tilsvarte inklusjonskriteriene. Deltakerne ble kontaktet gjennom e-post, annonse på nettside og brev. Av de 14 deltakerne var det 9 som rapporterte om forsinket behandlingssøk, og resultatene av denne studien er basert på disse deltakernes fortellinger. Deltakernes alder var mellom 35 og 77 år.
Hovedfunn	Tre hovedtemaer ble identifisert. <ol style="list-style-type: none"> 1. Manglende assosiasjon av symptomene med hjerteinfarkt 2. Personlige og profesjonelle forpliktelser 3. Å motsette seg transport via ambulanse
Etisk vurdering	Den originale studien var fritatt for fortløpende etisk vurdering av universitetets review board.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert. Kvalitetsvurdering: MIDDELS

Artikkel 6

Forfattere	Gallagher, Robyn, Andrea Marshall og Murray J. Fisher
År Land Tidsskrift	2010 Australia Heart and Lung
Tittel	<i>Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time</i>
Hensikt	Å beskrive kvinners erfaringer med symptomer og handlinger angående behandlingssøk ved førstegangs akutt koronarsyndrom.
Metode/instrument	Denne studien er en del av en større studie som omhandler kvinners erfaringer med akutt koronarsyndrom undersøkt ved bruk av livshistorie tilnærming. Semistrukturerte intervjuer. Utvalget, intervjuene og prosedyrene beskrevet i denne studien er de samme som i foreldre-studien, mens den induktive analyse metoden er en del av denne studien.
Deltakere/fracfall	10 av 20 kvinner fra den originale studien oppfylte inklusjonskravene for denne studien og utgjør utvalget. Kvinnenes alder var mellom 44 og 82 år.
Hovedfunn	Forfatterne identifiserte et hovedtema som omhandler en mangesidig bestemmelsesprosess fra debut av symptomer til behandlingssøk. Undertemaer som ble identifisert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidlige varsel- og prodromale symptomer 2. Symptomerfaringens mangfold 3. Troen på lite sårbarhet for AKS 4. Helsepersonellens respons
Etisk vurdering	Studien samsvarer prinsippene formulerte i Helsinkideklarasjonen. Informert samtykke var skaffet fra alle deltakerne og etisk godkjenning var gitt av alle institusjonene involvert i studien.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert. Kvalitetsvurdering: HØY

Artikkel 7

<p>Forfattere</p> <p>År</p> <p>Land</p> <p>Tidsskrift</p>	<p>Gyberg, A., Lena Björck, Susanne Nielsen, Sylvia Maatta og Kristin Falk 2015 Sverige Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>
<p>Tittel</p>	<p><i>Women's help-seeking behavior during a first acute myocardial infarction</i></p>
<p>Hensikt</p>	<p>Studiens hensikt var å identifisere hvordan kvinners erfaringer påvirket deres avgjørelse om å søke medisinsk hjelp ved deres første akutte myokard infarkt.</p>
<p>Metode/instrument</p>	<p>Studien er utført ved bruk av konstruktivistisk grounded theory metode. Deltakerne ble intervjuet og intervjuene ble tatt opp på bånd. Analyse av dataene foregikk samtidig med datasamling. Konstant komparativ lesing av de identifiserte kodene har hjulpet til å identifisere forskjellige konsepter og teste dem ved å bruke teoretisk sampling.</p>
<p>Deltakere/frafall</p>	<p>17 personer takket ja til å være med på studien, alle mellom 38 og 75 år. Ti kvinner var intervjuet i deres eget hjem, mens seks på sykehuset før utskriving og en deltaker på sykehuset etter utskriving.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>Før kvinnene bestemmer seg for å søke helsehjelp, går dem gjennom tre definerte, men interrelaterte prosesser som sammen hindrer deres normale aktiviteter og får dem til å handle tilsvarende deres eksistensielle behov. Kvinnenes opplevelse av symptomenes progrediering varierte veldig både med tanke på tid og symptomer, så de søkte helsehjelp på forskjellige tidspunkt, av og til livstruende sent og av og til før den akutte myokardiskemien var utviklet.</p> <p>Tre mekanismer måtte overensstemme for at kvinnen skulle få hjelp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kvinnene måtte oppfatte symptomene som noe mer enn bare enkle kroppslige forandringer 2. Helsevesenet måtte være tilgjengelig når kvinnene bestemte seg for å søke helsehjelp 3. Kvinnene måtte komme i kontakt med helsepersonell når hjertemuskelen var skadet nok til at skaden kunne måles. <p>Kjernen av kvinnenes bestemmelses-prosess var hvordan perspektivet deres ble forandret på en retrospektiv til prospektiv måte angående deres evne til å fungere normalt i det daglige. Dette innebærer handlinger, tanker og emosjoner kvinnene opplever fra symptomdebut til bestemmelsen om å søke medisinsk hjelp.</p>

	<p>Symptomene kan deles inn i tre kategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ikke-intrigerende symptomer 2. Symptomer som hemmet normale aktiviteter 3. Symptomer som invaderte livet <p>Disse tre kategoriene har videre subkategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Å bestyrke uskyldige forklaringer: fortolkning av symptomene var basert på tidligere erfaringer eller undersøkelser, samt andre menneskers reaksjoner. 1.2 Å støtte seg på gamle vaner: så lenge kvinnene kunne skylde deres symptomer på noe uskyldig, brukte dem kjente behandlingsmåter og mestringsstrategier for å håndtere situasjonen. 1.3 Å utføre normale aktiviteter: til tross av symptomene følte kvinnene seg frisk og de fortsatte med deres normale aktiviteter <ol style="list-style-type: none"> 2.1: Å gjenkjenne unormale kroppslige forandringer: Når symptomene ble mer intense kvinnene forandret deres forklaringer av symptomene 2.2: Å takle ubehag: Symptomenes intensitet førte til at kvinnene vurderte å søke medisinsk hjelp. 2.3: Å kjempe for å holde orden på livet: De intense symptomene gjorde det vanskelig å opprettholde normale aktiviteter, særlig på grunn av friksjonen mellom gjøremålenes viktighet og symptomenes potensielle betydning. <ol style="list-style-type: none"> 3.1: Å nå et punkt som ikke er gjenkjennbar lenger Når symptomene ble såpass forverret at tidligere forklaringer ikke kunne brukes lenger, ble kvinnene redde og engstelige. 3.2: Å innse at ingenting hjelper: bekreftet fornemmelsen om at symptomene ikke skulle forsvinne. 3.3. Å ikke være i stand til å utføre normale aktiviteter resulterte i å miste kontroll over kroppen sin.
Etisk vurdering	<p>Studien var godkjent av den Regionale Etiske Komiteen i Gøteborg. Muntlig og skriftlig informasjon var gitt til alle deltakerne før intervjuene og alle deltakerne har fått beskjed om muligheten til å trekke seg fra studien før signering av samtykke. I tillegg hadde alle deltakerne muligheten til å få profesjonell hjelp i tilfelle intervjuene skulle framkalle intense følelser eller lignende.</p> <p>Deltakerne har også fått beskjed om at anonymiserte sitater skulle publiseres i studien.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Fagfellevurdert. Kvalitetsvurdering: HØY</p>

Artikkel 8

<p>Forfattere</p> <p>År</p> <p>Land</p> <p>Tidsskrift</p>	<p>Isaksson, Rose-Marie, Christine Brulin, Mats Eliasson, Ulf Naslund og Karin Zingmark</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p> <p>Journal of Cardiovascular Nursing</p>
<p>Tittel</p>	<p><i>Older Women's Prehospital Experiences of Their First Myocardial Infarction</i></p>
<p>Hensikt</p>	<p>Å kartlegge eldre kvinners prehospitalt erfaringer ved førstegangs akutt myokard iskemi.</p>
<p>Metode/instrument</p>	<p>Kvalitativ innholdsanalyse basert på 20 individuelle intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert kort tid etter at intervjuene var utført. Kvalitativ innholdsanalyse var brukt i analyseprosessen.</p>
<p>Deltakere/frafall</p>	<p>20 kvinner ble spurt om å delta, 3 avslå tilbudet, og så 3 nye deltakere ble invitert og valgte å delta. Alle måtte oppfylle kravene til WHO's MONICA håndbok. Kvinnenes var mellom 65 og 80 år.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>2 hovedtemaer med 7 underkategorier</p> <p>Oppfattede symptomer: Å gå gjennom ukjent og underlig utvikling av ubehag og smerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trinnsvis utvikling av symptomer fra mildt ubehag til alvorlig smerte - symptomer: ukjent, underlig, eskalerende <p>a. Tidlige utydelige fysiske/kroppslige følelser</p> <p>b. Stadie av advarsel av tydelig sykdom</p> <p>c. Vedvarende og overveldende brystmerter</p> <p>Svar på smertene: Å slite med påtrengende symptomer for å beholde kontroll og ansvar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temaet kartlegger kvinners tanker og forklaringer av deres symptomer - Til tross for forverrede symptomer kvinnen brukte forskjellige strategier til å holde dem i sjakk på grunn av det sterke ønsket om å beholde kontroll. <p>a. Nedtoning av sykdommen og tvil over den</p> <p>b. Å forsømme symptomenes alvorlighet</p> <p>c. Å prioritere andres velvære</p> <p>d. Å gi seg til symptomene</p>

Etisk vurdering	Den etiske komiteen ved Umeå Universitet har godkjent studien. Deltakerne er blitt informert om studien og har gitt informert samtykke til deltakelse.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert. Kvalitetsvurdering: HØY

Artikkel 9

Forfattere	Turris, A. Sheila og Sheila Finamore
År	2008
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of Emergency Nursing
Tittel	<i>Reducing Delay For Women Seeking Treatment In The Emergency Department For Symptoms of Potential Cardiac Illness</i>
Hensikt	Å undersøke kvinnenes erfaring ved behandlingssøk av akuttmottaket for potensielle kardiologiske symptomer.
Metode/instrument	Grounded theory var brukt for å identifisere prosessen bak kvinnenes avgjørelse om å søke hjelp for potensielle kardiologiske symptomer. Semistrukturerte intervjuer som fokuserte på å kvinnenes forståelse av og respons på symptomene deres, samt deres erfaringer av pleien fått på akuttmottaket.
Deltakere/fracfall	17 intervjuer ble utført med 16 kvinner som oppfylte kravene til inklusjonskriteriene. Alder på deltakerne var mellom 29 og 89 år.
Hovedfunn	Studien identifiserte en grunnleggende sosial psykologisk prosess av å bevare personal, sosial og fysisk integritet. Studien fokuserer mest på de sosiale og emosjonelle kostnadene av å søke hjelp og på måten kvinnene forstår deres symptomer.
Etisk vurdering	Før oppstart av studien etisk godkjenning var gitt av den etiske komiteen av universitetene og de sykehusene som deltok i studien. Kvinnene har gitt informert samtykke til deltakelse.
Kvalitetsvurdering	Fagfelleurdert. Kvalitetsvurdering: HØY

Artikkel 10

<p>Forfattere</p> <p>År</p> <p>Land</p> <p>Tidsskrift</p>	<p>Davis, L. Leslie, Merle Mishel, Debra K. Moser, Noreen Esposito, Mary R. Lynn og Todd Schwartz</p> <p>2013</p> <p>USA</p> <p>Heart and Lung</p>
<p>Tittel</p>	<p><i>Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute myocardial syndrome</i></p>
<p>Hensikt</p>	<p>Å kartlegge hvordan kvinnene gjenkjente og tolket deres symptomer og følgende hvordan de bestemte seg for å søke hjelp innenfor livets kontekst.</p>
<p>Metode/instrument</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetode ble benyttet for å kartlegge kvinners tanker og atferd relatert til hvordan de gjenkjenner, tolker og handler ut i fra deres symptomer.</p> <p>Grounded theory metode ble benyttet for å undersøke prosessen kvinnene brukte for å finne mening ved deres symptomer innen den større sosiale konteksten.</p> <p>Det ble utført dybdeintervjuer.</p>
<p>Deltakere/frafall</p>	<p>9 kvinner som oppfylte inklusjonskriteriene ble spurt om å delta og alle valgte å bli med i studien.</p> <p>Deltakerne var mellom 49 og 74 år.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>Basert på funnene ble deltakerne delt inn i to grupper: den gruppen der pasientene hadde gradvis utviklende myokard iskemi og gruppen der pasientene gjenkjente deres symptomer umiddelbart.</p> <p>Begge gruppene gikk gjennom to faser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. å gjenkjenne og tolke symptomene 2. den større sosiale konteksten <p>Funnene i gruppene varierer og knyttet til de to hovedfasene er de delt inn slik:</p> <p>Gruppe 1.</p> <p>Å gjenkjenne og tolke symptomene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - å legge merke til kroppens signaler over tid - å forme et symptomsbilde - å bruke en referanseramme - å teste symptomprosessens grenser - å søke etter lindring og finne et årsak <p>Den større sosiale konteksten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - å involvere andre - å fortsette med livet som normalt

	<ul style="list-style-type: none"> - å komme seg til behandling <p>Gruppe 2.</p> <p>A gjenkjenne og tolke symptomene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - å gjenkjenne symptomene umiddelbart - å forme et symptom-bilde <p>Den større sosiale konteksten</p> <ul style="list-style-type: none"> - å involvere andre - å gjøre seg klar for å dra <p>Å komme seg til behandling</p>
Etisk vurdering	Studien var akseptert av universitetets etiske komite og alle deltakerne har gitt samtykke før intervjuene ble utført.
Kvalitetsvurdering	Fagfelle-vurdert. Kvalitetsvurdering: HØY

Vedlegg 4

Søk | Logg inn | Dokumentasjon

European Journal of Cardiovascular Nursing

Internasjonal tittel: European Journal of Cardiovascular Nursing
Print ISSN: 1474-5151
Print startår: 2002
Electronic ISSN: 1873-1953
ITAR-kode: 3737
Språk: Engelsk
Land: Nederland
URL: [https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journal/europ\[...\]](https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journal/europ[...])
Forlag: Sage Publications
NPI Fagfelt: [Sykepleie](#)
Fagfellevurdering: Fagfellevurdert
Forfatterkrets: Internasjonal

SHERPA RoMEO
Grønn
Sist oppdatert: 2019-01-23

Nivåplassering for tidligere år, samt innrapporterte publiseringspoeng fra UH-sektoren:

År	Nivå	Forfatterandeler	Publiseringspoeng
2019	1	-	-
2018	1	-	-
2017	1	2.25	5.493
2016	1	1.4745	3.8922
2015	1	1.2429	2.5507
2014	1	0.7306	0.7306
2013	1	0.1111	0.1111
2012	1	1.32	1.32
2011	1	0.31	0.31
2010	1	0.98	0.98
2009	1	0.0	0.0
2008	1	0.33	0.33
2007	1	1.327	1.327
2006	1	2.043	2.043
2005	1	0.99	0.99
2004	1	0.0	0.0

[Logg inn for å kommentere](#)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

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



(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

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

Det er ikke direkte beskrevet at målet med studien er å kartlegge kvinners erfaringer med prodromale symptomer og deres beslutningsprosess for å søke hjelp, men det kommer fram i teksten.

Forfatterne beskriver videre at de var ute etter faktorer som bidrar til forsinket oppdagelse av kardiologiske symptomer og involvering av helsesystemet.

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

 JA UKLART NEI

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

Forfatterne var opptatte av å kunne beskrive de essensielle aspektene av fenomenet som er vanskelige å måle kvantitativ, som individuelle perspektiver og erfaringer de yngre kvinnene som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt har.

Kvalitativ metode er mer og mer kjent til å bidra med unik og verdifull informasjon om kardiovaskulære lidelser og deres utfall, står det i studien.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

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

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

JA UKLART NEI

Tips:

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

Utvalget er representativt for problemstillingen og er godt beskrevet.

Forskere benyttet seg av Grounded Theory metode med dybdeintervjuer som er hensiktsmessig for å kartlegge et fenomen og individuelle erfaringer og opplevelser, som igjen er i samsvar med studiens hensikt.

Datanalyse er beskrevet trinn for trinn.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

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

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

Utvalget var strategisk og forskere valgte ut informasjonrike deltakere som var allerede del av en stor studie (TRIUMPH). Kvinnene som ble valgt ut var alle under 55 år og var innlagt på sykehus med AMI. Årsaken til at disse pasientene kunne delta i studien var at basert på deres erfaringen kunne de bidra med unikt innsikt i studiens problemstilling.

Deltakere ble kontaktet via e-post og 30 kvinner ble valgt ut. Det er beskrevet demografiske karakteristika og sosioøkonomisk status.

Det er ikke nevnt noe om at noen ikke valgte å delta i studien, men ikke alle som i første omgang ble kontaktet av forskere samtykket til å bli med i studien.

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

JA UKLART NEI

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

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

Det er beskrevet at for å få unik innsikt i problemstillingen, så ble det valgt ut deltakere fra en omfattende studie som omhandler underliggende misforhold i helsesatatus hos pasienter med akutt myokard iskemi.

Forskerne benyttet Grounded Theory metode med dybdeintervjuer. Intervjuguiden ble forandret i samsvar med analysens og intervjuenes progresjon for å sikre at alle identifiserte temaer ble kartlagt.

Datainnsamling og dataanalyse skjer samtidig. Alle interjuene ble tatt opp på lyd og transkribert senere. Forfatterne brukte åpne spørsmål i intervjuene for å oppfordre kvinnene til å dele informasjon i dybden og detaljert, samt for å avklare utfaltesene deres.

Etter tretti intervjuer var data metning oppnådd og forskerne valgte å avslutte datainnsamlingen.

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

JA UKLART NEI

Tips:

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

En medlem av forskningsgruppen med erfaring i medisinsk antropologi og gjennomføring kvalitative intervjuer har utført intervjuene med deltakerne. En annen forsker har gjennomgått hver 5 transkript for å sjekke presisitet av disse.

Videre er det beskrevet i studien at alle medlemmene av forskningsgruppen hadde forskjellig bakgrunn, blant annet fra kardiologisk epidemiologi, folkehelse, forskning innen helsetjeneste og kvalitative metoder.

Alle de 30 transkriptene ble i første omgang kodet av to forskere, og i det minste en forsker til.

Kodene ble diskutert i gruppe, og til slutt kom forskerne fram til ti temaer som igjen ble revidert av hele forskningsgruppen to ganger for logikk, bredde og tydelighet av informasjon.

Det nevnes at det var gjort forsøk på å minimisere forutinntatthet ved gjenfortellingene hos deltakerne ved å utføre intervjuene to uker etter hjerteinfarkt, og ved å bruke forskjellige strategier.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

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

Studien er blitt godkjent av IRB hos hvert institutt som deltok i TRIUMPH studien.

Deltakerne har gitt informert skriftlig samtykke både i TRIUMPH studien og denne kvalitative studien.

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

 JA UKLART NEI

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

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

Grounded Teoryr metode, dybdeintervjuer som ble tatt opp på lyd og deretter transkribert.

De ulike trinnene i analysen er godt beskrevet. Både koding, bruk av konstant komparativ metode som ble utført til det ikke fantes nye konsepter i transkripsjonene.

Ved bruk av kodene, nøkkel temaene og gjentakende konsepter ble sammenfattet.

I tillegg benyttet forfatterne ATLAS.ti software for å hjelpe med dataorganisering.

Funnene er støttet under med sitater fra intervjuene og det viser en klar sammenheng mellom kategoriene som ble identifisert som funn.

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

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA UKLART NEI

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

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

Forskere diskuterer deres funn opp mot tidligere studier og empiri. Det er tatt med data som underbygger deres funn, men også data som kan være motstridende. Forskerne skriver i konklusjonen deres at kvinner bruker å forsinke å søke helsehjelp i motsetning til menn, men det er nevnt at forskning på dette feltet er mangelfull.

Funnenes reliabilitet er diskutert og forskjellige strategier og måter å styrke dette på er nevnt.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Ja.

Forfatterne beskriver i deres diskusjon behovet for formålstjenelig opplæringskampanjer rettet mot disse kvinnene for at de skal prioritere deres helse, særlig med tanke på familial prevalens av hjertesykdom og risikofaktorer.

Videre nevnes det viktigheten med å identifisere strategier for at kvinner skal kunne gjenkjenne prodromale symptomer, og å kunne søke hjelp uten stigmatisering.

Videre forskning er anbefalt av studien med tanke på de atypiske symptomene hos kvinner og de diagnostiske resultatene i og med at dette kan føre til forsinkelser i riktig diagnostisering og behandling.

Å identifisere muligheter til å forbedre oppdagelse av symptomer og å få tidsnok behandling er en viktig mål for helse tjenesten og framtidige forskere som har som mål å forbedre utfallet av akutt hjerteinfarkt hos kvinner.