

Tonje Mikkelsen
Nina Olerud
Maria Frivoll Danielsen

Akutt koronarsyndrom hos kvinner - Sykepleierens rolle i avdekking av tidlige symptomer

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Tore Karlsen

Mai 2019

SAMMENDRAG

Tittel:	Akutt koronarsyndrom hos kvinner - Sykepleierens rolle i avdekking av tidlige symptomer	Dato:	15.05.2019
Deltakere	Tonje Mikkelsen, Maria Danielsen, Nina Olerud		
Veileder	Tore Karlsen		
Stikkord/ nøkkelord	Acute Coronary Syndrome, Myocardial Infarction, Women, Symptoms, Treatment delay.		
Antall sider/ord:	48/10896	Ant.vedl.:	0
<p>Bakgrunn: Forskning viser at kvinner oftere opplever varierte og atypiske symptomer før iskemisk hjertesykdom, og at de rapporterer å ha erfart varselsymptomer i ukene før hjerteinfarkt. Kvinner som ikke opplever brystmerter har høyere dødelighet som følge av prehospita l forsinkelse og sen diagnostisering. Kvinners beskrivelse av egne erfaringer er en sentral kilde til kunnskap om hvordan tidlige symptomer på akutt koronarsyndrom tolkes, og hvilke faktorer som spiller inn i beslutningsprosessen om å søke helsehjelp.</p> <p>Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å belyse kvinners erfaringer av prodromalsymptomer på akutt koronarsyndrom og hvordan sykepleier kan bidra til å avdekke symptomene. Målet er at disse erfaringene fra tidlig sykdomsstadie skal gi økt kunnskap slik at kvinnene får helsehjelp i en tidlig fase.</p> <p>Metode: Litteraturstudie som er bygget på fag- og forskningsbasert kunnskap.</p> <p>Resultat: Analysen er basert på seks vitenskapelige artikler, som resulterte i tre hovedtemaer. Vi fant at kvinnene erfarte at prodromalsymptomer utvikler seg over tid, at symptomene ofte er atypiske og ikke passet med bildet kvinnene hadde av hjerteinfarkt. Noen kvinner erfarte at sykepleiere ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om prodromalsymptomer på akutt koronarsyndrom. Artikler konkluderer med nødvendigheten av videre forskning og opplæring, både for sykepleier og pasienter.</p> <p>Konklusjon: Mange av kvinnene erfarte at prodromalsymptomene utviklet seg over tid, at de var atypiske, og at de ikke stemte overens med forventet bilde av hjerteinfarkt. Årsaker til prehospita l forsinkelse var en sterk ansvarsfølelse overfor familie og arbeid, samt at de ikke så sammenhengen mellom risikofaktorer og ACS. Sykepleier kan bidra med kunnskapsformidling og endringsfokuser t veiledning, så forebygging kan iverksettes tidlig. Dette er en bedre utnyttelse av helseressursene og ikke minst mindre belastende for kvinnene.</p>			

ABSTRACT

Title:	Acute coronary syndrome in women- The nurse's role in revealing early symptoms	Date:	15.05.2019
Participants	Tonje Mikkelsen, Maria Danielsen, Nina Olerud		
Supervisor	Tore Karlsen		
Keywords	Acute Coronary Syndrome, Myocardial Infarction, Women, Symptoms, Treatment delay.		
Number of pages/words:	48/10896	Number of appendix:	0
<p>Background: Research shows that women more often experience varied and atypical symptoms before onset of ischemic heart disease and that they report experiences of warning symptoms in the weeks before a heart attack. Women who do not experience chest pain have a higher mortality rate as a consequence of prehospital delay and late diagnosis. Women's descriptions of own experiences are an important source for knowledge about how to interpret early symptoms of acute coronary syndrome, and which factors that contribute to the decision to contact health services.</p> <p>Aim: The purpose of this literary study is to illustrate women's experiences with prodromal symptoms connected to acute coronary syndrome and how nurses can contribute to reveal the symptoms. The aim is that these experiences will give us more knowledge, so that women get help early.</p> <p>Method: This is a literature review of academic- and research based knowledge.</p> <p>Result: The analysis is based on six scientific articles, which resulted in three main topics. We found that women experienced prodromal symptoms that developed over time, and that symptoms were often atypical and did not fit the women's image of typical symptoms of myocardial infarction. Some women experienced that nurses had limited knowledge about their condition. Several articles conclude that both nurses and patients need more research and education on this topic.</p> <p>Conclusion: Many women experienced prodromal symptoms that developed over time, were atypical, and did not agree with their expectations of symptoms of myocardial infarction. Reasons for prehospital delay were strong commitment to family and work, plus not seeing the link between risk factors and ACS. Nurses can contribute to early prevention by spreading knowledge and by giving guidance for necessary changes. This is a better use of the capacity of the health services, and last but not least, better and less painful for the women.</p>			

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	5
1.1	Introduksjon til temaet.....	5
1.2	Statistikk	5
1.3	Temaets sykepleiefaglige relevans	6
1.3.1	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.....	6
1.3.2	Sykepleieres forebyggende og helsefremmende funksjon.....	6
2.0	BAKGRUNN	7
2.1	Bakgrunn for valg av tema	7
2.2	Nytenkning og forebygging.....	7
2.3	Temaets kliniske relevans.....	8
2.4	Teoretisk bakgrunn	8
2.4.1	Patofysiologi og symptomer på ACS.....	8
2.4.2	Et sykepleieteoretisk perspektiv	9
2.5	Kvinnehelse i Norge	10
2.6	Studiens hensikt.....	12
2.7	Problemstilling.....	12
2.8	Avklaring av begreper	12
3.0	METODEBESKRIVELSE.....	13
3.1	Litteraturstudie som metode	13
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.3	Søkestrategi	14
3.4	Søkeskjema.....	16
3.5	Analyse	18
4.0	RESULTAT	19
4.1	Presentasjon av resultatartikler	19
4.2	Tematisk oppsummering av resultatene	26
4.2.1	Prodromalsymptomer på ACS utvikler seg over tid	26
4.2.1.1	Kvinnenes pliktfølelse	27
4.2.1.2	Støtte til å søke helsehjelp	28
4.2.1.3	Fase med selvbehandling	28
4.2.2	Prodromalsymptomer på ACS erfares ofte som atypiske	29
4.2.3	Prodromalsymptomer passer ikke med forventet bilde på ACS	30
4.2.3.1	Undervurderer egen risiko.....	30

5.0 DISKUSJON	32
5.1 Sammendrag av resultater	32
5.2 Kritisk vurdering.....	32
5.3 Etske overveielser.....	34
5.4 Resultatdiskusjon.....	34
5.4.1 Prodromalsymptomer på ACS utvikler seg over tid	34
5.4.1.1 Sykepleierens ivaretagelse av pasientens psykososiale behov	34
5.4.2 Prodromalsymptomer på ACS erfares ofte som atypiske	35
5.4.2.1 Sykepleieren - kunnskap og forskning	36
5.4.2.2 Tidlig intervensjon og undervisning	37
5.4.3 Symptomene passet ikke med forventet bilde på ACS	37
5.4.3.1 Undervurderer risikofaktorer.....	38
5.4.4. Temaene i lys av Virginia Hendersons teori.....	40
5.4.4.1 Individrettet sykepleie	40
5.4.4.2 Forskningsbasert kunnskap og tverrfaglig samarbeid.....	41
5.4.4.3 Kritisk vurdering av Hendersons teori	41
6.0 KONKLUSJON	42
7.0 LITTERATURLISTE	43

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon til temaet

Akutt koronar syndrom, heretter kalt ACS, er en samlebetegnelse på de alvorlige iskemiske hjertesykdommene ustabil angina pectoris, NSTEMI og STEMI (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016). ACS rammer både kvinner og menn, men kvinner opplever i større grad et sykdomsforløp med atypiske symptomer. Som sykepleiere kan vi møte disse kvinnene på ulike arenaer tidlig i sykdomsfasen, og bør ha nok kunnskap til å fange dem opp slik at forebyggende behandling kan iverksettes. Med denne litteraturstudien ønsker vi å belyse hvordan kvinnene selv erfarer tidlige symptomer på ACS. Om symptomene kvinnen opplever ikke stemmer med forventningene til hjerteinfarkt, kan dyrebar tid gå til spille. Dette kan også medføre at pasienten går glipp av tilgjengelige behandlingsmetoder. Kjønnsspesifikk forskning er et tidsaktuelt tema, og det jobbes blant annet med å kartlegge kunnskapshull angående hjertesykdom hos kvinner. Noen av hovedretningene innen forskningen er å oppklare ulike årsaksforhold som kan brukes i forebyggende strategier, samt å få en bedre forståelse av patofysiologi og klinisk presentasjon for å bedre diagnostikken hos kvinner (Løchen og Gerds, 2015).

1.2 Statistikk

Hjertesyke er en stor pasientgruppe. Fra år 2000 til i dag er dødeligheten av hjerteinfarkt og annen iskemisk hjertesykdom mer enn halvert i befolkningen, og stadig færre får hjerteinfarkt. Med økt kunnskap om vanlige risikofaktorer som røyking, høyt kolesterol og blodtrykk, får mange rask behandling. Til tross for dette er det fortsatt stor risiko for å dø av hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2018a). Statistikken viser at den hyppigste dødsraten ligger hos kvinner, med 5432 dødsfall i 2017 (Folkehelseinstituttet, 2018b). Ifølge Folkehelseinstituttet lever 21% av befolkningen med høy risiko for, eller etablert hjerte-/karsykdom. Det brukes store ressurser på diagnostisering, behandling og kontroll. Norge samarbeider med WHO om å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-/karsykdommer. Målet er å redusere tidlige dødsfall (før 70 år) med 25% innen 2025, sammenlignet med 2010 (Folkehelseinstituttet, 2018a).

1.3 Temaets sykepleiefaglige relevans

Sykepleiernes rammeplan beskriver ulike funksjonsområder innenfor sykepleie. For å sikre at temaet er sykepleiefaglig forankret, tar vi for oss sykepleierens undervisende/veiledende funksjon og helsefremmende/forebyggende funksjon (Kunnskapsdepartementet, 2008).

1.3.1 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Sykepleiere har ansvar for å veilede og undervise både pasienter og kollegaer. Veiledning og motivasjon i forandringsprosesser er en stadig viktigere oppgave i helsevesenet (Eide og Eide, 2007). Flere pasienter får hjelp hjemme, med den konsekvens at pasienten må ta økende ansvar og aktiv del i egen helse og sykdom. Dette stiller krav til både sykepleier og pasient, med tanke på et godt samspill. Sykepleier må ha evne til å veilede og informere pasienter der det er behov for dette, som eksempelvis ved risikofaktorer knyttet til ACS.

1.3.2 Sykepleieres forebyggende og helsefremmende funksjon

Forebyggende helsearbeid forklares av Mæland (2010) som en prosess som skal sette den enkelte i stand til økt kontroll over forhold som påvirker helsen, og derigjennom bedre egen helse. Målet for sykdomsforebyggende arbeid er å forhindre eller utsette sykdom hos friske individer, og i de fleste tilfeller kan risikoen reduseres. Et hjerteinfarkt oppstår ofte som et resultat av en gradvis forsnævring av hjertets arterier. For å forhindre den aterosklerotiske prosessen, kan vi ved primærforebygging fjerne årsaken. Primærforebyggende arbeid retter seg både mot friske personer, samt personer som er spesielt utsatt for helsesvikt (Nortvedt og Grønseth, 2016). For å kunne forebygge sykdom og eventuelt iverksette tiltak tidlig i sykdomsforløpet må vi ha kunnskap om pasienters opplevelser og reaksjoner på sykdom (Knutstad, 2011).

2.0 BAKGRUNN

2.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er flere årsaker til at vi har valgt dette temaet. Interessen for hjertesykdom fikk vi gjennom medisinsk praksis på hjerte-/ lungeavdeling. Vi visste at kvinner kunne ha atypiske symptomer på hjerteinfarkt, men det forelå lite kjønns spesifikk informasjon på avdelingen. Vi valgte derfor å skrive om ACS hos kvinner, for å lære mer om dette. Vi bestemte oss for å avgrense temaet til hvordan sykepleiere kan avdekke symptomer i en tidlig fase, med tanke på det økende omfanget av livsstilssykdommer i befolkningen. Ettersom kvinner oftere opplever tidlige symptomer på ACS, ser vi et potensial for tidlig intervensjon i forhold til hjertesykdom.

Da vi forstod at kunnskap om kjønnsforskjeller ved ACS er såpass lite formidlet, vekket dette interesse. Temaet er nevnt i pensum, men kjønnspektiver på helse er generelt sett ikke systematisk integrert i medisin og helsefagutdanninger i Norge (Rødland, 2018). Ettersom et av områdene det fremkommer betydelige kjønnsforskjeller er ved hjerte- og karsykdommer, har vi grepet muligheten til å fordype oss i forskningen på området. Vi mener at vi har valgt et tidsaktuelt tema. Det jobbes for å synliggjøre forskning på kvinnehelse, og gjøre forskningen mer tilgjengelig for både helsepersonell og for befolkningen forøvrig (Løchen og Gerds, 2015).

2.2 Nytenkning og forebygging

Med tanke på fremtidig økt behov for helsehjelp, som følge av blant annet økt livslengde, er det viktig at helsevesenet er forberedt og kan takle disse utfordringene. Vi må derfor være villige til nytenkning for å møte disse behovene. St.melding nr. 29 – *Morgendagens omsorg*, skriver at innovasjon er å skape nytt, tenke alternative løsninger, og at det vil kreve større samarbeid både på overordnet nivå, stat/kommune og mellom tjenesteyter og pasient/pårørende. Men en forutsetning for å få til dette, er at ansatte sees på som medspillere og ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Tradisjonelt sett er helsehjelp ofte sett på som behandling, men pasientrettighetslovens § 1.3 slår fast at helsehjelp også er handlinger som har forebyggende formål.

Samhandlingsreformen fra 2009 trakk frem at helsetjenesten har hatt fokus på behandling framfor å fremme helse og forebygging. Som en konsekvens av dette havner pasienten i spesialisthelsetjenesten med langtkommen sykdom og senkomplikasjoner, i stedet for at sykdommer forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon. Dette medfører større kostnader både for enkeltindividet og samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

2.3 Temaets kliniske relevans

Begrepet *klinisk sykepleie* oversettes ofte med *ved sengen*, men begrepet er samtidig "...forbundet med læren om sykdommers forløp og symptomatologi, og med studiet av sykdommer ved direkte iakttagelse av pasienten" (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 17). Ettersom sykepleiere utgjør en stor profesjon innen helsevesenet, er vi i mange tilfeller de første som møter innbyggerne når de trenger helsehjelp (Holter, 2015). Fordi vi treffer pasientene på et tidlig sykdomsstadie, er gjenkjenning av symptomer og observasjonskompetanse like klinisk relevant, uavhengig av sykepleiers arbeidsarena. En grundig sykepleieanamnese, sammen med kunnskap om prodromalsymptomer på ACS, kan igangsette tidlige tiltak som kan forebygge et alvorlig hjerteinfarkt. Det er en sentral sykepleiehandling å sørge for å innhente og videreformidle informasjon om pasientens tilstand til ansvarlig lege, slik at behandling kan tilpasses pasientens behov (Kirkevold, 2015). Dette gjøres gjennom anamnesen, hvis hensikt er å gi sykepleiere en systematisk måte å jobbe på som bidrar til individualisert sykepleie av god kvalitet. Informasjonen som fremkommer i anamnesen gir grunnlag for en klinisk vurdering som forteller om potensielle helseproblemer (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015).

2.4 Teoretisk bakgrunn

2.4.1 Patofysiologi og symptomer på ACS

ACS er en samlebetegnelse for alvorlige koronare arteriesykdommer som oppstår ved redusert blodtilførsel til hjertet. ACS omfatter både ustabil angina pectoris, NSTEMI og STEMI (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016). Hjertet mottar oksygenrikt blod gjennom to arteriegrener som kommer ut fra hovedpulsåren ovenfor aortaklaffen. Arteriegrenene deles i flere grener over hjertets overflate, og kalles koronararterier (Ørn og Brunvand, 2014). Ved

innsnevring i karveggen forhindres blodstrømmen, og hjertemusklene får for lite oksygen. Oksygenmangel i hjertemuskulaturen kalles iskemi. Det kan være varierende årsaker til at iskemi oppstår, men langvarig oksygenmangel medfører at hjertemuskelfibre dør og dette kalles hjerteinfarkt (Ørn og Brunvand, 2014). Iskemi vil vanligvis gi symptomer som trykkende brystmerter med stråling ut i venstre arm og skulder. Mens de akutte og typiske brystmertene peker på akutt hjertesykdom og indikerer umiddelbar igangsetting av behandling, kan kvinner oftere oppleve et mer langvarig forløp med prodromalsymptomer som magesmerter, tung pust og generell utmattelse. Dette er tidlige symptomer og tegn som ikke automatisk tilsier at det er hjertet som er i ferd med å oppleve sirkulasjonssvikt. Det kan medføre at hjertesykdommen har utviklet seg lenger, med den konsekvens at kvinner får forsinket behandling (Ørn og Brunvand, 2014).

2.4.2 Et sykepleieteoretisk perspektiv

Virginia Henderson (1897-1996) er en av pionerene innen sykepleieteori, og hennes tanker har fortsatt en allmenngyldighet som gjør dem aktuelle. I tillegg til hennes 14 komponenter som beskriver menneskets grunnleggende behov, har hun uttalt seg om viktigheten av forskningsbasert kunnskap, individrettet sykepleie og sykepleiers rolle i det tverrfaglige samarbeidet. Vi synes derfor at hennes sykepleieteori var en passende hjørnestein for temaet i vår oppgave.

Henderson mente at et av kjennetegnene på profesjonell sykepleie var sykepleierens evne til å iverksette tiltak som baseres på vitenskapelig kunnskap (Mathisen, 2015). Hun jobbet for at sykepleierprofesjonen kunne utvikles gjennom forskning og innsikt, og utarbeidet oversikter over relevant forskning i tidsrommet fra 1900-1959. Oversikten resulterte i et firebindsverk med bøker som kan anses som en forløper til dagens elektroniske systemer for søk etter vitenskapelige publikasjoner innen sykepleie (Mathisen, 2015).

Helt siden studiedagene forkastet Virginia Henderson den mekaniske tilnærmingen til pasienten (Henderson, 1998). Hun var opptatt av at sykepleieren måtte heve blikket fra teknikk og rutinearbeid, og mente individrettet sykepleie var viktig. I dette ligger å se helheten rundt pasienten, gi personlig veiledning og formidle kunnskap til pasienter når de trenger det (Mathisen, 2015). Der pasienten ikke har kunnskap, må sykepleieren med "...sitt

lyttende øre, konstante observasjon og tolkning av ikke-verbal atferd” hjelpe pasienten til å utføre handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (Mathisen, 2015, s. 126). Fokus på pasientens ressurser er et viktig sykepleierperspektiv i individrettet sykepleie, da pasienten skal settes i stand til å ivareta egen helse.

Virginia Henderson uttalte seg også om sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet. En sykepleier som har lært seg å yte individrettet sykepleie, vil ha forutsetningene for å være pasientens talsperson i møte med andre helseprofesjoner når helsehjelpen skal planlegges. Tankene hennes er ikke mindre aktuelle i vår tid, med hensyn til reformene og omorganiseringen det norske helsevesenet har gjennomgått (Mathisen, 2015). Ettersom rammene for sykepleietjenesten har forandret seg med tiden, har som Virginia Henderson skriver, dagens sykepleiere antakelig erfart at «når hun står alene med en pasient kan hun bli nødt til å ta rollen som lege, sosialarbeider eller fysioterapeut» (Mathisen, 2015 s. 139).

2.5 Kvinnehelse i Norge

Det er 20 år siden Kvinnehelseutvalget leverte utredningen NOU 1999: 13, *Kvinnens helse i Norge*. Utredningen avdekket manglende kjønns spesifikk kunnskap, noe som førte til at Norge i 2001 fikk egne retningslinjer for inkludering av kvinner i medisinsk forskning der det stilles krav om kjønns perspektiv i alle forskningsprosjekter der dette anses for å være relevant (Kilden, 2015). Rapporten “*Hva vet vi om kvinnens helse?*” fra 2018 oppsummerer norsk forskning på kvinnehelse mellom 2000 og 2017, og baserer seg på 1854 publikasjoner. Dette for å danne et bilde av hva som har skjedd etter 1999. Rapporten er utarbeidet i forbindelse med opprettelse av nettstedet kvinnehelseportalen.no (Sykepleien, 2018). Denne beskriver at hjerte- og karsykdom trekkes spesielt frem som et område hvor det er behov for mer medisinsk forskning (Sykepleien, 2018).

For å få se helheten i temaet er det viktig at vi tilegner oss kunnskap om risikofaktorer som gjelder spesielt for kvinner. Rapporten til Rødland (2018) utnevner risikofaktorer som røyking, fedme og kronisk stress som mer skadelig for kvinner enn hos menn. Betennelsesykdommer, deriblant revmatoid artritt, og svangerskapskomplikasjoner i form av preeklampsi og svangerskapsdiabetes, beskrives også som en av de viktigste risikofaktorene hos kvinner, ifølge nyere forskning (Rødland, 2018). Det er nødvendig med økt kunnskap og oppmerksomhet rundt disse sykdommene knyttet til ACS og hjerte-/ karsykdommer for øvrig

(Rødland, 2018). Ifølge Løchen og Gerds (2015) er røyking en kjent og viktig risikofaktor for hjerteinfarkt som kan forebygges. Blant kvinner under 65 år som fikk hjerteinfarkt, røyket 85%, men de siste årene har det vært en nedgang i antall dagligrøykere i Norge. WHO påpekte i 2010 at Norsk tobakkavvenningstilbud var for dårlig, og helsedirektoratet utarbeidet en plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om tobakksavvenning. Målet er at de som røyker systematisk skal bli spurt om sine tobakksvaner, og få tilbud om hjelp til å slutte å røyke (Løchen og Gerds, 2015).

Kartleggingsverktøyet NORRISK 2, er utarbeidet for å være et hjelpemiddel med tanke på forebygging av hjertesykdom. Her beregnes en 10 års risiko for kardiovaskulære hendelser, og det vurderes om det er behov for primærforebyggende tiltak (Legehåndboka, 2019). Enten tiltakene er medikamentelle eller ikke, er undervisning og informasjon om risikofaktorer og livsstilsendringer i fokus. Det viser seg at disse retningslinjene er konservative når det gjelder beregning av risiko for hjerte- og karsykdom hos kvinner, og det foreslås at det bør suppleres med europeiske retningslinjer fra 2013. Det vises også til at USA i mange år har utgitt egne kjønnsespesifikke retningslinjer for forebygging av kardiovaskulær sykdom, og at det i større grad bør foretas en rutinemessig risikovurdering (Løchen og Gerds, 2015).

2.6 Studiens hensikt

Forskning viser at kvinner har mer varierte og uspesifikke symptomer før iskemisk hjertesykdom, og at de oftere rapporterer varselsymptomer i ukene før et hjerteinfarkt (Løchen og Gerdts, 2015). Kvinners egne erfaringer er en sentral kilde til kunnskap om hvordan tidlige symptomer på ACS tolkes, og hvilke faktorer som spiller inn i beslutningsprosessen om å søke helsehjelp. Hensikten med litteraturstudien er derfor å belyse kvinners erfaringer av prodromalsymptomer på ACS. Målet er at erfaringer fra tidlig sykdomsstadie skal gi økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til å avdekke symptomene, slik at kvinnene får helsehjelp i en tidlig fase.

2.7 Problemstilling

Hvordan erfarer kvinner prodromalsymptomer på akutt koronarsyndrom, og på hvilken måte kan sykepleieren bidra til å avdekke disse symptomene?

2.8 Avklaring av begreper

Prodromalsymptomer forklares som symptomer eller forvarselstegn på sykdom (Lindskog, 1997). En prodromalfase er ikke definert med en spesifikk tidsramme, og de tidlige symptomene kan fremtre i alt fra dager til uker og måneder før et hjerteinfarkt inntreffer (Blakeman & Brooker, sitert i Smith et al., 2018).

UA er forkortelsen for ustabil angina pectoris. Tilstanden skyldes ofte en voksende trombe som forhindrer blodpassasjen gjennom koronararterien (Ørn og Brunvand, 2014). Ved ustabil angina pectoris er det ingen betydelig myocardskade, men tilstanden kan være en forløper til hjerteinfarkt.

STEMI er betegnelsen på et akutt hjerteinfarkt med ST-segmentelevation i EKG.

NSTEMI er betegnelsen på et akutt hjerteinfarkt uten ST-segmentelevation i EKG.

Ved mistanke om hjerteinfarkt skal de tas Elektrokardiogram (EKG) for å raskt kunne sette diagnose. EKG-forandringen som definerer dette er om linjen mellom S og T er hevet eller senket. Ved STEMI er arterien helt avstengt, og EKG viser ST-hevning. Ved NSTEMI er forandringene mindre tydelige og ST-linjen er senket (Ørn og Brunvand, 2014).

3.0 METODEBESKRIVELSE

3.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie identifiserer man et bestemt problem, og søker svar på problemet ved å søke etter, kritisk vurdere og analysere relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming. Funnene fra litteraturen kan samlet føre til ny innsikt (Aveyard, 2019).

Ved litteraturstudier bør man hovedsakelig forholde seg til primærkilder, som vil si at studien er skrevet av forskeren som utførte studien (Polit og Beck, 2017). I sekundærkilder er beskrivelser av funn utført av andre enn forskeren bak studien.

Nylig utførte sekundærstudier kan være en god start for å sette seg inn i tematikken, men en må være klar over at sekundærkilder sjelden er fullstendig objektive (Polit og Beck, 2017).

For å forsikre oss om at resultatene er objektive og ikke feiltolket, har vi kun inkludert primærkilder blant resultatartiklene i litteraturstudien.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble satt tidlig i prosessen. Kriteriene ble bestemt i fellesskap for å avklare hva vi så etter. Ifølge Thidemann (2015) bidrar en definisjon av kriterier til å avgrense litteraturmengden, og tydeliggjøre litteratursøket. Vi ønsket så ferske artikler som mulig og valgte derfor å inkludere vitenskapelige artikler nyere enn 10 år.

Vi foretok ingen aldersavgrensning. Ettersom hensikten er å lære om kvinnenes erfaring av prodromalsymptomer, anså vi også muligheten for å oppdage ulike symptombilder i ulike aldersgrupper. Vi ville tilegne oss mer kunnskap om ACS, mens artikler med andre hjertesykdommer er ekskludert.

Kvinnenes egne erfaringer er hovedkilden til kunnskapen vi søker. Pårørende- og mannsperspektivet er ekskludert. Det var ønskelig å finne artikler fra land hvor helsevesenet er sammenlignbart med Norge. Vi har dog inkludert artikler fra andre deler av verden, for ikke å utelukke at disse artiklene kan ha interessante funn.

Vi har inkludert den kvinnelige pasient- og sykepleiers perspektiv, med hovedvekt på pasientperspektivet. Arena for utførelsen av sykepleie har ingen eksklusjonskriterier. Ettersom temaet åpner for at kvinnene kan møtes på ulike steder, anser vi ikke en slik avgrensning som relevant. Inkluderte artikler er fagfellevurdert på nivå 1 eller 2 og kvalitetskontrollert i Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2019).

3.3 Søkestrategi

Ved oppstart foretok vi prøvesøk med ulike søkeord i flere databaser. Etterhvert gikk vi mer strukturert til verks for å finne søkeord og tok utgangspunkt i problemstillingen. Vi benyttet en anbefalt metode hvor vi delte opp problemstillingen i ulike deler og fant søkeord for å dekke de ulike delene (Thidemann, 2015). Dette viste seg å være en god strategi for å finne artikler som kunne belyse temaet fra ulike perspektiver. Rammeverktøyet PICO ble også benyttet for å operasjonalisere problemstillingen slik at den ble presis og søkbar (Thidemann, 2015). Bokstavene i PICO betegner ulike elementer i problemstillingen, som kan lede til aktuelle søkeord. Det var et nyttig hjelpemiddel for å samle relevante søkeord og inkludere nye ord som kom til på veien. Vi landet på 12 søkeord som vi systematisk kombinerte i Cinahl og PubMed.

I begge databasene valgte vi den boolske operatøren AND i ulike ordkombinasjoner for å finne artikler hvor søkeordene forekommer samtidig. Søkeordene som er benyttet er i størst grad emneord. Fordelen med å bruke emneord er at artiklene som er indeksert i databasen er gitt emneord ut fra temaet i artikkelen, og sjansen for treff på relevante artikler er større. Det er gjort søk med enkelte ord i fritekst, ettersom disse søkeordene også ga relevante treff. Disse ordene er markert med "keyword" i søketabellen. I følge Støren (2018) er ikke søk med nøkkelord i fritekst alltid en ulempe, da det kan bidra til å gjøre søket mer fullstendig. Søkene resulterte i studier med kvalitative forskningsmetode. Kvalitativ metode har til hensikt å få kunnskap om blant annet erfaringer og opplevelser. Datainnsamlingen foregår ved blant annet intervju og observasjon (Thidemann, 2015).

Vi fikk også treff på relevante kvantitative artikler. Kvantitativ metode baseres på målbare enheter og tall, altså fakta som gir breddekunnskap fra mange undersøkelsesenheter. Det å utelukke artikler på bakgrunn av metode, vil ikke nødvendigvis styrke litteraturstudien (Thidemann, 2015). Vi har derfor også inkludert relevante funn fra kvantitative artikler i diskusjonsdelen vår, for å se hvordan disse funnene samsvarer med funnene fra valgte artikler.

Ulike kombinasjoner med søkeordene resulterte i 23 aktuelle artikler. Matriser ble benyttet for å få en god oversikt over innhold og resultater. Artiklene ble vurdert på nytt og åtte artikler ble inkludert. Databasen Cinahl viste seg å ha det beste utvalget av artikler i forhold til vårt

tema. Fire av de valgte artiklene er hentet derfra. Cinahl dekker en stor andel engelskspråklige sykepleietidsskrifter, og er en aktuell kilde til relevante vitenskapelige artikler (Thidemann, 2015). Vi valgte to artikler fra databasen PubMed. Denne databasen var aktuell å søke i da den inneholder blant annet forskningsartikler innen medisin og sykepleie fra 1966 og fremover (Thidemann, 2015). PubMed, som er en elektronisk database basert på databasen MEDLINE, er tilgjengelig for alle. utfordringen ved bruk av PubMed er at man får et høyere antall treff, da det er begrenset utvalg av grensninger i forhold til for eksempel Cinahl. Avgrensningmulighet i forhold til kun å vise artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter, er ikke mulig i PubMed (Polit og Beck, 2017). Vi anså dette som uproblematisk, da vi uansett har kvalitetssikret alle aktuelle artikler før inklusjon.

Der studienes sammendrag så relevant ut, ble artiklene lest i sin helhet. Artiklene som ble valgt ble inkludert på grunnlag av kriteriene vi hadde satt. For å kvalitetssikre artiklene kontrollerte vi at de hadde IMRAD-struktur, var fagfelleurdert og publisert i et vitenskapelig tidsskrift. Her brukte vi NSD (Norsk senter for forskningsdata).

Et stykke ut i prosessen ekskluderte vi to av åtte valgte artikler, siden de ikke møtte inkludering- og ekskluderingskriteriene på en tilfredsstillende måte. Vi har altså inkludert seks vitenskapelige, kvalitative artikler i vår litteraturstudie.

3.4 Søkeskjema

Vedlagt følger søkeskjema for de valgte vitenskapelige artiklene.

Vi har valgt å ekskludere kombinasjoner som ikke ledet til valgte artikler.

Database	Søkeord	Ant. treff	Valgt artikkel
CINAHL 11/4/19 Avgrensninger: - Peer reviewed - 2010-2019 - Journal article - Female - English language	1. Female 2. Women 3. Women's health 4. Prodromal symptoms (Keyword) 5. Signs and symptoms 6. Acute coronary syndrome 7. Myocardial infarction 8. Symptom recognition (keyword) 9. Help seeking behaviour 10. Nursing role 11. Prehospital delay (keyword)	836824 116059 13511 151 4065 2732 11073 236 1240 1653 1892	
	Kombinert 1 AND 4 AND 6	2	Nr. 2 Gallagher, R., Marshall, A.P. og Fisher, M.J. (2010) Symptoms and treatment- seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time, <i>Heart & Lung</i> , 39(6) s. 477- 484.
	Kombinert 1 AND 6 AND 8	3	Nr. 2 Davis, L.L., Mishel. M., Moser, D.K., Esposito, N., Lynn, M.R. og Schwartz, T.A. (2013) Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome, <i>Heart & Lung</i> , 42(6) s. 428- 435.
	Kombinert 2 AND 7 AND 11	17	Nr. 1 Isaksson, R.M., Brulin, C., Eliasson, M., Neslund, U. og Zingmark, K. (2013) Older Women's Prehospital Experiences of Their First

			Myocardial Infarction, <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 28(4) s. 360- 369.
CINAHL 11/4/19 Avgrensninger: - Peer reviewed - Female - 2010-2019	Kombinert 1 AND 2 AND 3	16	Nr. 1 Davis, L.L. (2017) A Qualitative Study of Symptom Experiences of Women with Acute Coronary Syndrome, <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 32(5) s.488- 495.
PUBMED 11/4/19 Avgrensninger: - 2010-2019 - Full text - Humans	1. Acute coronary syndrome 2. Coronary heart disease 3. Women 4. Symptom perception (keyword) 5. Female 6. Myocardial infarction 7. Signs and symptoms 8. Symptom recognition (keyword) 9. Nursing role	15183 78962 404566 3270 2521268 1953 490337 1460 316	
	Kombinert 2 AND 3 AND 4	5	Nr. 1 Smith, R., Frazer, K., Hyde, A., O'Connor, L. og Davidson, P. (2018) Heart disease never entered my head: Women's understanding of coronary heart disease risk factors, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(21-22) s.3953- 3967.
	Kombinert 5 AND 6 AND 8	27	Nr. 13 Lichtman, J.H., Leifheit-Limson, E.C., Watanabe, E., Allen, N.B., Garavalia, B., Garavalia, L.S., Spertus, J.A., Krumholz, H.M. og Curry, L.A. (2015) Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women With Acute Myocardial Infarction, <i>Circulation: Cardiovascular Quality & Outcomes</i> , 8(2-1) s. S31- S38.

3.5 Analyse

Når man analyserer en tekst, skal den granskes kritisk og reflektert for å finne sentrale hovedtemaer i teksten (Thidemann, 2015). De valgte artiklene ble gjennomgått både individuelt og samlet. De valgte artiklene ble lest både digitalt og i papirversjon. Vi fargekodet aktuelle funn som vi mente belyste problemstillingen, dette ga oss en grov skisse for videre analysearbeid. Ifølge Thidemann (2015) er det ulike måter å utføre det praktiske analysearbeidet på. Vi benyttet en metode Aveyard (2019) anbefaler, hvor vi gjennomgikk forskningsartiklenes resultater og trakk ut resultatene som besvarte problemstillingen. Vi endte opp med seks aktuelle temaer som ble satt inn i en tabell. Vi gikk så gjennom resultatene på nytt for å se hvilke temaer som gikk igjen i flest artikler. To av temaene gikk igjen i alle de valgte artiklene. Disse ble derfor hovedtemaer. Et av temaene gikk igjen i fem av seks artikler, og ble også valgt som hovedtema. To temaer gikk igjen i flere artikler, og ble derfor inkludert som undertemaer. I følge Aveyard (2019) bør man også vie plass til temaer som er litt på siden av problemstillingen. To av temaene svarte ikke direkte på problemstillingen, men belyser likevel sentrale perspektiver. Dette ble også inkludert som undertemaer. Temaene vi endte opp med er sammenfattet i resultatdelens løpende tekst.

4.0 RESULTAT

4.1 Presentasjon av resultatartikler

A Qualitative Study of Symptom Experiences of Women with Acute Coronary Syndrome

Forfattere:	Davis, L.L. (2017)
Tidsskrift:	<i>Journal of Cardiocarscular Nursing</i>
Land:	USA
Nøkkelord:	<i>Acute coronary syndrome; women; symptoms; treatment delay, myocardial infarction</i>
Etiske hensyn:	Godkjent av: Institutional Review Board. En autorisasjon ble gitt for å få tilgang til medisinske opplysninger.
Hensikt:	Å identifisere og kartlegge hvilke faktorer som påvirker kvinners evne til å gjenkjenne, tolke og reagere på symptomer på ACS.
Metode:	Kvalitativ studie. Dybde-intervjuer med 18 kvinner som har gjennomgått ACS.
Diskusjon og resultat:	Resultatene: Åtte kvinner hadde symptomer som kom plutselig. Disse kvinnene gjenkjente straks symptomene på ACS og søkte hjelp umiddelbart. Tre av kvinnene hadde vage og langsomt utviklede symptomer som brått konverterende til intense symptomer, og førte til at kvinnene søkte hjelp. Syv kvinner hadde symptomer som utviklet seg, men relaterte ikke disse til hjertesykdom, noe som resulterte i en "vente og se- holdning".
Konklusjon:	Kvinner med symptomer som utvikler seg gradvis har en høyere risiko for forsinket presentasjon, diagnostisering og behandling for ACS. Kvinner bør få undervisning i symptomgjenkjenning.

Relevans for oppgaven:	Studien belyser kvinners egne opplevelser av symptomer, og at de varierer. Artikkelenes resultater stadfester behovet for tidlig handling fra helsepersonell gjennom kunnskapsformidling og bevisstgjøring om risikofaktorer.
-------------------------------	---

Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome

Forfattere:	Davis, L.L., Mishel, M., Moser, D.K., Esposito, N., Lynn, M.R. og Schwartz, T.A. (2013)
Tidsskrift:	<i>Heart & Lung</i>
Land:	USA
Nøkkelord:	<i>Myocardial infarction, acute coronary syndrome, treatment delay, help seeking behavior, women</i>
Etiske hensyn:	Godkjent av: Institutional Review Board på universitetet hvor studien fant sted. Alle deltakerne signerte et samtykkeskjema før de ble intervjuet.
Hensikt:	Å undersøke hvordan kvinner anerkjente og tolket sine symptomer, for senere å søke behandling for ACS.
Metode:	Kvalitativ studie. Dybdeintervju av ni kvinner i aldersgruppen 49-74 år med konstatert ACS.
Diskusjon og resultat:	Studien utforsket handlingsmønsteret og beslutningsevnen til deltakerne. En gruppe kvinner utviklet symptomer som medførte at de ble usikre på nødvendigheten av å søke helsehjelp.

	En annen gruppe hadde symptomer de identifiserte som alvorlige, og behandlingstrengende.
Konklusjon:	Uavhengig av evnen til å oppdage symptomer på ACS, utsatte alle kvinnene å søke hjelp. Kvinner bør få kunnskap om den potensielle faren ved å overvurdere tiden de har før de søker hjelp.
Relevans for oppgaven:	Studien belyser at mange kvinner vegrer seg for å søke helsehjelp til tross for undervisning og kunnskap om symptomgjenkjenning. Sykepleiere har en viktig rolle i å belyse eventuelle konsekvenser av å overse symptomer, og tankesettet om at symptomer går over av seg selv. _

Heart disease never entered my head: Women's understanding of coronary heart disease risk factors

Forfattere:	Smith, R., Frazer, K., Hyde, A., O'Connor, L. og Davidson, P. (2018) <i>Journal of Clinical Nursing</i>
Tidsskrift:	Irland
Land:	
Nøkkelord:	<i>Coronary heart disease, health risk, risk assessment, symptom perception, women's health</i>
Etiske hensyn:	Godkjent av: Institutional Review Board. Forskerne fikk tillatelse fra deltakerne på forhånd om å kontakte dem.
Hensikt:	Å redusere kardiovaskulær sykdom. Ved å undersøke kvinners opplevelse av primærdiagnosene på ACS, kunne man kartlegge hvordan de tolket symptomene og hvordan dette påvirket beslutningen om å søke medisinsk behandling.
Metode:	Kvalitativ metode. Datainnsamling gjennom dagbøker og intervjuer.

	30 kvinner deltok i en analysestudie, som varte i seks til åtte uker etter utskrivelse av sykehus.
Diskusjon og resultat:	Studien gir innsikt i kvinners oppfatning av risiko for ACS, spesielt med fokus på røyking. Resultatene gir en plattform for bredere tolkning av deres symptom-bilde og beslutninger om å søke helsehjelp. Dataene gjenspeiler misforståelsen om at koronarsyndrom rammer flere menn enn kvinner.
Konklusjon:	Resultatene viser et behov for et større fokus på risikofaktorer og symptomer på ACS hos kvinner. Å legge vekt på symptom-aspektet ved ACS, kan ha en positiv innvirkning på sykepleierens rolle i den sekundære behandlingen.
Relevans for oppgaven:	Studien demonstrerer at symptomgjenkjenning på ACS avhenger av primære og sekundære forebyggende utdanningsinitiativer. Det er behov for en sterkere videreformidling av helsemessige konsekvenser av røyking knyttet til kardiovaskulære sykdommer.

Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women With Acute Myocardial Infarction

Forfattere:	Lichtman, J.H., Leifheit- Limson, E.C., Watanabe, E., Allen, N.B., Garavalia, B., Garavalia, L.S., Spertus, J.A., Krumholz, H.M. og Curry, L.A. (2015)
Tidsskrift:	<i>Circulation: Cardiovascular Quality & Outcomes</i>
Land:	USA
Nøkkelord:	<i>Diagnosis, myocardial infarction, qualitative research, women</i>

Etiske hensyn:	Godkjent av: Helsinkideklarasjonen, samt styret ved hver institusjon. Pasientene ble gitt et samtykkeskjema før de deltok.
Hensikt:	Å belyse symptomer på hjerteinfarkt, og erfaringer med å søke helsehjelp for kvinner i aldersgruppen 30-55 år. En bredere forståelse av symptomgjenkjenning kan øke sannsynligheten for raskere behandling.
Metode:	Kvalitativ studie. Dybdeintervju med 30 kvinner, 30-55 år for å kartlegge deres erfaringer av prodromalsymptomer og prosessen ved å søke medisinsk hjelp.
Diskusjon og resultat:	Fem temaer karakteriserte kvinnenes erfaringer: <ul style="list-style-type: none"> - Prodromalsymptomer varierte i natur og varighet - Symptomer ble ikke knyttet til hjertesykdom. - Andre prioriteringer påvirket beslutningen om å søke akutt hjelp. - Helsevesenet responderte ikke konsekvent til pasientene, som forårsaket en forsinket diagnostisering på hjerteinfarkt. - Kvinnene benyttet ikke rutinemessig forebyggende behandling.
Konklusjon:	Studien viser forskjeller i forebygging og akutt behandling av hjerteinfarkt mellom kjønn, som kan være medvirkende til at flere kvinner enn menn dør av sykdommen.
Relevans for oppgaven:	Studien belyser viktigheten av å identifisere faktorer som fremmer kardiovaskulær kunnskap i helsevesenet, slik at dette kan videreformidles til pasientene.

Older Women's Prehospital Experiences of Their First Myocardial Infarction

Forfattere:	Isaksson, R-M., Brulin, C., Eliasson, M., Naslund, U. og Zingmark, K. (2013)
Tidsskrift:	<i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>
Land:	Sverige
Nøkkelord:	<i>Aging, myocardial infarction, prehospital delay, qualitative, symptoms</i>
Etiske hensyn:	Godkjent av: Institutional Review Board Deltakerne skrev under på samtykke.
Hensikt:	Å belyse eldre kvinners erfaringer av hjerteinfarkt, særlig i tiden fra symptomer oppstår til de søker medisinsk hjelp.
Metode:	Kvalitativ studie. 20 kvinner, 65-80 år, intervjuet tre dager etter innleggelse, etter diagnostisert hjerteinfarkt.
Diskusjon og resultat:	Kvinnene beskrev at symptomene utviklet seg fra et uklart fysisk ubehag til vedvarende og overveldende brystmerter. Før innleggelse på sykehus hadde kvinnene forsøkt å overse symptomene. Det var først da symptomene utviklet seg til konstante brystmerter, at de innså alvorret og søkte medisinsk hjelp.
Konklusjon:	Forståelse av de komplekse erfaringene knyttet til symptomer på hjerteinfarkt i den prehospitalt fasen er avgjørende for å sikre rask behandling. Resultatene av denne studien bør vises i utdanningen til fremtidig helsepersonell.
Relevans for oppgaven:	Studien belyser symptomforløpet i den prehospitalt fasen, fra prodromale til akutte symptomer.

Symptoms and treatment- seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time

Forfattere:	Gallagher, R., Marshall, A.P. og Fisher, M.J. (2010)
Tidsskrift:	<i>Heart & Lung</i>
Land:	Australia
Nøkkelord:	Ikke oppgitt
Etiske hensyn:	Godkjent av: Helsinkideklarasjonen. De inkluderte deltakerne mottok et informasjonsskriv og et samtykkeskjema.
Hensikt:	Studien tar for seg kvinner som blir diagnostisert med ACS for første gang, og har som hensikt å beskrive deres erfaring av symptomene, samt å kartlegge terskelen for å søke medisinsk hjelp.
Metode:	Kvalitativ studie. Ti kvinner som gjennomgikk en perkutan koronarintervensjon innen 24 timer etter de ble diagnostisert med ACS, deltok i et semistrukturert intervju som fokuserte på deres erfaringer av symptomene. Svarene ble tematisk analysert. _
Diskusjon og resultat:	Kvinnene beskrev flere problemer som bidro til kompliserte beslutningsprosesser, som dermed forårsaket forsinkelser i å kontakte medisinsk hjelp. Mangelfull kunnskap rundt symptomer på ACS øker sannsynligheten for sen behandling.
Konklusjon:	Effektive strategier må utvikles for å øke kunnskapen rundt symptomer på ACS blant kvinner. Dette burde inkludere offentlige utdanningskampanjer og undervisning rettet mot helsepersonell.
Relevans for oppgaven:	Denne studien belyser utfordringene knyttet til mangel på symptomkunnskap blant kvinner og helsepersonell.

4.2 Tematisk oppsummering av resultatene

4.2.1 Prodromalsymptomer på ACS utvikler seg over tid

Mange av kvinnene erfarte at symptomene de hadde, utviklet seg gradvis over en periode (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013; Davis, 2017; Lichtman et al., 2015; Smith et al., 2018). Flere faktorer spilte inn i de ulike fasene av prosessen, som at kvinnene brukte ulike strategier for selvbehandling, og at de ikke ville bry andre med symptomene.

Mange av kvinnene erfarte at symptomene de hadde, utviklet seg gradvis over en periode. Forløpet kunne oppleves som en prosess bestående av ulike faser hvor symptomene ble gjenkjent og tolket før kvinnene tok dem på alvor (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015; Davis, 2017; Smith et al., 2018). Davis et al. (2013) fant at kvinnene i den første perioden beskrev prodromalsymptomene som kroppslige tegn som signaliserte at noe i kroppen hadde forandret seg. Men det var fortsatt vanskelig å skille symptomene fra andre plager kvinnene hadde. Symptomene ble beskrevet som “merkelige”, men ikke til spesiell bekymring. At symptomene var diffuse og periodevise var en av årsakene til at kvinnene ikke fant symptomene bekymringsfulle (Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015; Smith et al., 2018).

“...my left arm started to hurt. It went up underneath my armpit and up into my jaw. And what I didn't realize at the time is I've had these same symptoms probably five times in the past 5 years” (Lichtman et al., 2015, s. 5).

Den ubestemmelige følelsen gikk i neste fase over til å erfares som mer tydelig. Prodromalsymptomene fra tidlig fase forsterket seg. Fra å ha en ukomfortabel følelse i blant annet bryst og mage, kjente de nå at dette var symptomer de ikke hadde hatt tidligere (Davis et al., 2013; Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Isaksson et al., 2013). Ettersom symptomene utviklet seg over tid, var det mange av kvinnene som ikke opplevde en klar overgang mellom prodromale og akutte symptomer. Noen av kvinnene mistenkte at symptomene kunne være hjarterelaterte, men hadde likevel en avventende holdning. Dette bidro også til at de utsatte å søke helsehjelp.

4.2.1.1 Kvinnernes pliktfølelse

Et tema som går igjen i forskningsartiklene er det ofte foreligger sosiale årsaker til at kvinnene ikke søker helsehjelp i tidlig fase. Flere av kvinnene erfarte at de sto i konflikt mellom det å søke hjelp for symptomene de erfarte, samtidig som de ikke ønsket å være til bry for andre (Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013).

“...I know I had too much to do to be wimpy 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 to get the job done...” (Davis et al., 2013, s. 6).

Flere av kvinnene unngikk å snakke om symptomene med andre. De følte mye ansvar overfor familie og arbeid, og var bekymret for hvordan endringen i helsen kunne påvirke familiemedlemmer (Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015). Et sterkt ønske om å opprettholde kontroll over eget liv, var også en viktig faktor. Enkelte av kvinnene forsøkte å fortrenge symptomene, og unnlot å fortelle om dem (Isaksson et al., 2013). En kvinne fortalte at hun følte hun hadde store sosiale forpliktelser, samt et behov for ikke å bry andre (Smith et al., 2018).

“I’m an awful person for not causing other people trouble... I should have gone to the doctor. I shouldn’t have taken the chance... I never thought of myself” (Smith et al., 2018, s. 3957).

I kontrast til funnene i mange av de andre artiklene, fant Gallagher, Marshall og Fisher (2010) at omtrent alle deltakerne i deres studie hadde søkt råd hos fastlegen i perioden med prodromalsymptomer. Helsepersonell hadde i flere tilfeller problemer med å gjenkjenne kvinnernes symptomer, noe som bidro til forsinket diagnostisering.

Noen av kvinnene hadde kunnskap om atypiske symptomer, da de hadde jobbet i helsevesenet. Andre kvinner hadde lite kunnskap om dette fra før, men innhentet informasjon fra familie eller venner. En av kvinnene hadde en sønn som var kardiolog, og hadde ringt ambulanse med en gang hun kjente symptomer på smerte i brystet (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010).

4.2.1.2 Støtte til å søke helsehjelp

I fasen med tiltakende symptomutvikling, trengte mange av kvinnene støtte fra andre. Noen av artiklene viser at det ofte var andre som tok avgjørelsen med å søke helsehjelp for dem. Dette ble oppfattet som en lettelse for kvinnene, da de hadde problemer med å forlate sine forpliktelser (Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013). Enkelte kvinner hadde søkt helsehjelp på et tidlig stadium på oppmuntring fra familie eller venner. Flere av kvinnene fortalte at de ble sendt hjem igjen uten nærmere undersøkelse. De fikk beskjed om at de var i dårlig fysisk form, at det ikke var grunn til bekymring og at symptomene de hadde kunne minne om symptomer på hjertesykdom (Gallagher, Marshall og Fisher et al., 2010; Isaksson et al., 2013; Smith et al., 2018).

4.2.1.3 Fase med selvbehandling

I fasen der symptomene ble mer fremtredende, utarbeidet flere av deltakerne strategier for selvbehandling. Dette varte til de nådde en terskel der de forstod at de måtte søke helsehjelp (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015). Flere av kvinnene søkte smertelindring i medisiner de fikk kjøpt uten resept. Da disse medikamentene ikke var effektive for plagene de hadde, begynte de å tenke ut mulige diagnoser (Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013).

“You start self-diagnosing in your mind. Maybe it’s not your heart, maybe it’s your lungs. Maybe it’s a lung collapsing with the right side instead of the left side. I didn’t know what to think” (Davis et al., 2013, s. 6).

Andre strategier for å håndtere symptomene på egenhånd var å “sove det av seg” i håp om at symptomene ville gå over av seg selv (Isaksson et al., 2013). Enkelte deltakere fortsatte å leve akkurat som de pleide, for å teste ut i hvilken grad symptomene påvirket deres daglige aktiviteter. I fasen hvor de merket at dette ikke lenger gikk, begynte de å ta symptomene mer på alvor (Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013).

4.2.2 Prodromalsymptomer på ACS erfares ofte som atypiske

Alle forskningsartiklene fant at kvinnene ofte fortalte at prodromalsymptomene de erfarte var av atypisk karakter. Symptombeskrivelsen i forkant av ACS var uspesifikke, vage og lite intense. Symptomene ble beskrevet som at kroppen begynte å gi noen "hint" om at noe var i ferd med å skje. Enkelte begynte å kjenne på sykdomstegn, men de var ikke i stand til å tolke symptomene (Davis, 2017). Studien til Isaksson et al. (2013) fant også at deltakerne erfarte symptomer på ACS i den prehospital fase som ukjente og vage. Symptomene var såpass utydelige at noen av kvinnene ikke la merke til egne symptomer før noen andre bemerket dem.

Kvinnene erfarte unormal tretthet, utmattelse og svimmelhet i forkant av ACS (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015; Smith et al., 2018). Fordøyelsesbesvær var også nevnt av flere av kvinnene (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Isaksson et al., 2013). Andre atypiske prodromalsymptomer var ubehag i nakke, kjeve, rygg og armer, samt kortpust (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Lichtman et al., 2015; Smith et al., 2018).

"I was chronically fatigued, really; really tired... my GP...done ECGs... nothing showed up. I had my cholesterol checked... everything was fine... I was just so fatigued that it was unbelievable. I felt very vulnerable... you feel like, oh here is this 52 year old woman, probably going menopausal and you feel that you are just being ignored" (Smith et al., 2018, s. 3957).

Flere av kvinnene erfarte også brystmerter, men dette var bare ett blant flere symptomer, og intensiteten varierte (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Smith et al., 2018). Isaksson et al. (2013) beskriver i sin studie at kvinnene brukte andre ord for å beskrive brystmerter som symptom. Brystmertene ble beskrevet mer som et press, en tyngde eller stikking, og ikke den typiske intense smerten. Hos enkelte kunne symptomene begynne i hvile. Kvinnene kunne også kjenne på andre symptomer, som svimmelhet og kvalme som etterhvert kunne det utvikle seg til tydeligere brystmerter (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010).

4.2.3 Prodromalsymptomer passer ikke med forventet bilde på ACS

Davis (2017) fant at flere av kvinnene ikke trodde prodromalsymptomene de erfarte var relatert til hjertet. Kvinnene beskriver at symptomene de hadde skilte seg vesentlig fra deres forventninger til hjerteinfarkt (Davis, 2017, Lichtman et al., 2015; Isaksson et al., 2013). Noen av kvinnene forsøkte å finne andre årsaker og forklaringer, trodde ikke det var noe alvorlig. De forventet vesentlig sterkere brystmerter ved et hjerteinfarkt (Isaksson et al., 2013).

“Sure, I know you are supposed to have pain in one arm, but not in both arms! Nothing with my symptoms was what I expected to be a heart attack” (Isaksson et al., 2013, s. 365).

En sentral årsak til at kvinnene ikke tolket prodromalsymptomene som symptomer på hjerteinfarkt var deres forventninger til hjerteinfarkt slik det portretteres i media (Lichtman et al., 2015). Også flere av kvinnene i studien til Smith et al. (2018) fortalte at kunnskapen de hadde om symptomer på ACS i stor grad var medieskapt. De hadde inntrykk av at det var langt vanligere blant menn. Symptomene kvinnene erfarte passet ikke inn i referanserammen de hadde, og de tolket derfor ikke symptomene som hjerterelatert (Gallagher et al., 2010; Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015; Davis et al., 2017; Smith et al., 2018).

“... 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, no that's not a heart attack because that's not the way it was on ER (Lichtman et al., 2015, s. 6).

4.2.3.1 Undervurderer egen risiko

Det at flere av kvinnene ikke så sin risiko for ACS, hadde også innvirkning på hvordan de tolket prodromalsymptomene (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010). Ung alder var en medvirkende årsak til dette i studien til Lichtman et al. (2015). Personlige risiko ble undervurdert, og de visste ikke at hjertesykdom kunne være underliggende årsak ved muskelsmerter, fordøyelsesproblemer eller utmattelse. Flere deltakere hadde også opplevd brystmerter, men ettersom brystmertene var et symptom blant flere og varierte i intensitet, ble de ikke tolket som forvarsler på ACS.

“It was just a sort of dull ache. It was not what I imagined a heart attack to be... I was talking and laughing” (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010, s. 481).

Mange av kvinnene ble overrasket og sjokkerte over at de hadde hjertesykdom. Ifølge Davis et al. (2013) har kvinner ofte en høyere forekomst av forskjellige risikofaktorer som depresjon, diabetes, kronisk nyresvikt, hypertensjon og overvekt. Bortsett fra to, hadde alle kvinnene i studien flere risikofaktorer, i tillegg til hjertesykdom i familien. Likevel så de ikke sammenhengen i forhold til risiko for ACS. Høyt kolesterol og røyking er velkjente risikofaktorer, men flere av kvinnene var uvitende om dette.

“I think I’m a intelligent person, but I didn’t realize that the actual arteries clogged up from smoking. I had no idea...” (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010, s. 481).

Der kvinnene hadde andre sykdommer, ble prodromalsymptomene ofte tillagt eksisterende diagnose. Samsykelighet er derfor å anse som en risikofaktor i seg selv, og kan hindre at kvinner relaterer symptomene til ACS (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Davis et al., 2013).

5.0 DISKUSJON

5.1 Sammendrag av resultater

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke hvordan kvinner erfarer prodromalsymptomer på ACS. Gjennom disse erfaringene ønsket vi å få et bedre innblikk i hva vi som sykepleiere kan bidra med for å avdekke slike symptomer.

Det kom frem at symptomforståelsen i tidlig fase erfares som kompleks og påvirkes av flere faktorer. Kvinnene erfarte at prodromalsymptomene utviklet seg over tid, at disse symptomene var atypiske og at de ikke passet med bildet de hadde av et hjerteinfarkt. Dette førte til prehospital forsinkelse hos mange. At kvinnene ikke ville bry andre, gikk gjennom faser med selvdagnostisering, og undervurderte sin egen risiko, var noen av årsakene. Mange av kvinnene undervurderte også sin risiko grunnet ung alder eller mangelfull kunnskap om risikofaktorer på ACS. Noen kvinner erfarte at sykepleiere ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om prodromalsymptomer. Flere av artiklene konkluderer med nødvendigheten av videre forskning og opplæring, både for sykepleier og pasienter.

Vi vil i diskusjonen først foreta en kritisk vurdering av artiklene inkludert i litteraturstudien, samt benyttet bakgrunns litteratur. Deretter vil funnene våre diskuteres i forhold til betydningen for sykepleieutøvelse og klinisk relevans. Vi avslutter med en oppsummering av funnene våre sett i lys av Virginia Hendersons sykepleieteori.

5.2 Kritisk vurdering

Selv om vi fant et stort antall artikler som forteller om kvinners erfaringer av prodromalsymptomer på ACS, kan vi ikke være sikre på at valgte artikler presenterer kvinners erfaringer på den mest representative måten. Vi ser det likevel som en styrke ved litteraturstudien at vi startet med 23 aktuelle vitenskapelige artikler som ble nøye gjennomgått, og endte med de seks vi anså som mest relevante. Samlet sett har de utvalgte kvalitative artiklene 117 deltakere. Det kan anses som en svakhet at det er et relativt lavt antall kvinner. Det er derimot en styrke ved litteraturstudien at funnene i høy grad samsvarer i de utvalgte artiklene. Funnene fra leste, ikke inkluderte kvantitative artikler, underbygger også i stor grad de samme resultatene. Flere av artiklene omtaler ACS som et samlebegrep, og

deltakerne har fått bekreftet diagnosene UA, NSTEMI og STEMI. En svakhet ved analysen kan være at diagnosene ikke spesifiseres i alle artiklene, men ved en gjennomgang ser vi at flertallet av flertallet kvinner har gjennomgått et STEMI.

Når det gjelder sykepleiers rolle i prodromalfase, fant vi flere vitenskapelige pilotstudier og fagartikler. Vi fant få konkrete, nye sykepleietiltak, men det forskes på å utvikle forebyggende intervensjonsstrategier innen hjertesykdom og kvinnehelse. Dette kan anses som en svakhet med tanke på å besvare problemstillingen på en fullstendig måte. Men det å ikke finne konkrete svar er ifølge Aveyard (2019) også et viktig funn. Det at det forskes, men ikke foreligger ferdige resultater, aktualiserer temaet. Vi mener allikevel at innblikket vi har fått i kvinners erfaringer av prodromalsymptomer på ACS, forteller oss noe om hvilke behov disse pasientene har, og hva sykepleieren kan bidra med i tidlig sykdomsfase. Vi får også innsikt i deres kunnskapsnivå om ACS, aktuelle risikofaktorer og hvordan sykepleier bør møte kvinnene slik at de føler seg sett, hørt og forstått.

Alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk. Ettersom ingen i gruppen har engelsk som førstespråk, gir dette en risiko for feiltolkninger. Ingen inkluderte artikler er fra Norge. Tre av artiklene er fra USA, mens de tre andre er fra Sverige, Irland og Australia. Ettersom de offentlige helsesystemene er ulike, kan det anses som en svakhet at funnene ikke er direkte sammenlignbare med det norske helsesystemet, særlig med tanke på helseforsikring. Det kan derfor være usikkerhet rundt hvorvidt økonomi har påvirket deltakernes avgjørelse vedrørende det å søke helsehjelp.

Forskjellige faktorer kan ha påvirkning for resultatene, slik som sosioøkonomisk status og geografiske forhold. Temaet har også relevans i forhold til eldrebølgen, med flertall av hjemmeboende kvinner. Dette er ikke prioritert inn i oppgaven.

Vi har ellers brukt pensumlitteratur og medisinske fagbøker. Vi har i stor grad benyttet bøker av nyere dato, men også eldre tilgjengelig litteratur. I nyere forskning henvises det ofte til boken *Kvinnehjertes*, en av fagbøkene vi også har brukt. Vi anser dette som en styrke for oppgaven.

5.3 Etske overveielser

Vår oppgave tar for seg forskning som primært omhandler kvinner. Hvis det er en holdbar etisk og vitenskapelig begrunnelse for det, gis det åpning for å forske kjønns spesifikt (Etikkom, 2009). To av artiklene vi har brukt, er kvalitetssikret gjennom Helsinkideklarasjonens retningslinjer. Helsinkideklarasjonen fungerer som en form for etisk grunnlov. Deklarasjonen brukes aktivt over store deler av verden, og en klar retningslinje er at alle forskningsprosjekter som omfatter mennesker, skal vurderes av de regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (Legeforeningen, 2012). De resterende artiklene viser til godkjenning gjennom *The Institutional Review Board for Public Health*, som er en instans etablert med samme formål, altså å beskytte rettighetene for forskning som omhandler mennesker (Publichealth, 2015).

5.4 Resultatdiskusjon

5.4.1 Prodromalsymptomer på ACS utvikler seg over tid

Ett av hovedfunnene våre er at kvinnenes prodromalsymptomer utviklet seg over tid. I første fase holdt deltakerne ofte symptomene for seg selv, da de ikke ønsket å være til bry for familie, venner og kollegaer. Når de erfarte at symptomene ble mer fremtredende, gikk flere inn i en periode med selvbehandling. Mange av kvinnene begynte i denne fasen å mistenke at symptomene kunne være alvorlige, og fortalte omsider andre om symptomene. Den gradvise utviklingen og forverringen av prodromalsymptomer, samt at flere deltakere ikke opplevde et klart skille mellom prodromal- og akutt symptomer, førte til prehospitaal forsinkelse (Gallagher et al., 2010; Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015; Davis, 2017).

5.4.1.1 Sykepleierens ivaretagelse av pasientens psykososiale behov

Det viser seg at pårørende var en betydelig ressurs og støtte i beslutningsprosessen, da flere av kvinnene først har søkt helsehjelp etter å ha rådført seg med andre (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010; Davis et al., 2013; Isaksson et al., 2013; Smith et al., 2018). Flere av kvinnene fikk også kunnskap om forvarslar på ACS fra familiemedlemmer, noe som var avgjørende for å forkorte den prehospitale fasen (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010). Mange kvinner erfarte det som en lettelse at andre kunne ta avgjørelser for dem, og de følte de fikk en slags

tillatelse til å forlate forpliktelsene sine. Sykepleieren har en viktig rolle der pasientens psykososiale helse er i endring. Å ta imot hjelp og omsorg kan oppleves som å miste kontrollen. Dette er viktig informasjon for sykepleieren for å kunne møte pasienten der hun er, og derigjennom bekrefte henne for å at hun skal føle at hun gjenvinner kontrollen.

En betydelig andel av kvinnene var bekymret for hvordan de ville bli oppfattet av helsepersonell om det viste seg at de ikke hadde et hjerteinfarkt. Enkelte av kvinnene hadde “tatt feil” av prodromalsymptomer før, og ville derfor vente og se an denne gangen (Lichtman et al., 2015; Davis, 2017). Flere av kvinnene fryktet også å bli avvist og latterliggjort (Isaksson et al., 2013). Denne frykten kan belage seg på tidligere erfaringer kvinnene har, og kan si oss noe om holdninger blant helsepersonell. Som sykepleiere må vi være bevisst hvordan vi møter pasientene som tar kontakt, uavhengig av om symptomene fremstår som akutte.

I et etisk perspektiv er sykepleieren forpliktet til å bestyrke andre i å ivareta egen helse gjennom de yrkesetiske retningslinjene (Eide & Eide, 2007). Dette innebærer blant annet å ha en ivaretagende holdning, og ta pasientens perspektiv på alvor. “Uansett hva slags pasienter vi har med å gjøre bidrar nonverbal, bekreftende kommunikasjon til å bygge tillit, trygghet og motivasjon” (Eide & Eide, 2007, s. 199). Ifølge Håkonsen (2014) må vi også være bevisste skjevfordelingen i maktforholdet mellom sykepleier og pasient, og hvordan dette kan påvirke kommunikasjonen. Pasienten vil være i en sårbar posisjon, og vi må derfor være varsomme i måten vi møter dem på. Isaksson et al. (2013) påpeker også viktigheten av at kvinnene som tar kontakt oppmuntres til å undersøke symptomene de erfarer nærmere. Helsepersonell bør alltid motivere pasienter som undersøkes, men ikke blir diagnostisert med alvorlig hjertesykdom, til å ta snarlig kontakt om symptomer endrer eller forverrer seg (Isaksson et al., 2013).

5.4.2 Prodromalsymptomer på ACS erfares ofte som atypiske

Artiklenes funn samsvarer i stor grad når det kommer til at kvinnene har erfart prodromalsymptomene som vage og atypiske. Unormal tretthet, utmattelse, svimmelhet, kortpust, fordøyelsesbesvær og ubehag i nakke, kjeve, rygg og armer var de hyppigst rapporterte symptomene i tidlig fase. At symptomene var vage og atypiske, og at de utviklet seg over tid, gjorde det vanskelig å danne et forståelig mønster av symptomene. For å se

funnene i et større perspektiv, fant også Chandrasekhar, Gill og Mehran (2018) i sin studie, at blant 1270 kvinner kunne 96% av disse oppgi å ha erfart prodromalsymptomer før ACS, og hos 73% var utmattelse det vanligste prodromalsymptomet. O'Keefe-Mcarthy og Ready (2016) fant også i sin review at pasienter med utmattelse som prodromalsymptom hadde en økt risiko for å oppleve lignende symptomer i akutfasen av ACS.

Der brystsmertene var kraftige og akutt innsettende, oppsøkte deltakerne helsehjelp uten forsinkelse. Brystmerter, som er et typisk symptom i akutt fase, var også tilstede blant kvinnene i prodromalfasen. En av årsakene til at brystsmertene ikke ble tolket som symptom på hjerteinfarkt, var at kvinnene hadde flere symptomer samtidig, og at smertene utviklet seg over tid (Gallagher, Marshall og Fisher, 2010). Det viste seg også at kvinner i prodromalfasen oftere beskrev brystsmertene med andre ord, som et ubehag i brystet eller en stikkende følelse (Isaksson et al., 2013; Lichtman et al., 2015; Smith et al., 2018). Davis et al. (2013) konkluderer i sin studie med at brystmerter alene ikke er nok til at kvinner tolker dette som et symptom på hjerteinfarkt.

5.4.2.1 Sykepleieren - kunnskap og forskning

Funnene forteller også om mangelfull kunnskap om atypiske symptomer på ACS blant helsepersonell. Enkelte av deltakerne som hadde kontaktet helsevesenet i tidlig fase, ble verken undersøkt eller diagnostisert, for så å returnere til sykehuset med et hjerteinfarkt kort tid etter. Dette gjaldt både kvinner med typiske og atypiske akutte symptomer. Slik utelatt respons fra helsevesenets side medførte at både den forebyggende og den akutte behandlingen ble kraftig forsinket hos disse kvinnene (Lichtman et al., 2015).

Ifølge Isaksson et al. (2013) må sykepleiere tilegne seg mer kunnskap, samt et større perspektiv på symptomer, i stedet for å fokusere på de tradisjonelle symptomene knyttet til hjerteinfarkt. I følge Helsepersonelloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleiere et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2016). "Når det ikke foreligger nasjonale retningslinjer eller faglig bedømte guidelines, må vi bruke systematiske oversiktsartikler som rettesnor i klinisk virke" (Gro, 2015, s. 973).

5.4.2.2 Tidlig intervensjon og undervisning

Ifølge Davis (2017) og Isaksson et al. (2013) er det et behov for å identifisere hvilke effektive intervensjoner som reduserer behandlingsforsinkelser. Tidlig intervensjon betyr å gripe inn der det er et problem, slik at risikofaktorer reduseres og beskyttende faktorer styrkes (Helsedirektoratet, 2019). Sykepleieren er ofte den første pasienten får kontakt med både på legekontoret og legevakt. Isaksson et al. (2013) oppfordrer spesielt sykepleiere som besvarer telefoner i primærhelsetjenesten om å holde seg oppdatert når det gjelder tilgjengelig forskning. Når kvinner tar kontakt, bør disse sykepleierne ha kunnskap om prodromalsymptomer og risikofaktorer på ACS.

Sykepleieren bør øve opp gode observasjonsevner, slik at vage og atypiske symptomer avdekkes ved direkte pasientkontakt (Karoliussen, 2002). Der sykepleier betviler egen kompetanse skal pasienten henvises andre. Helsepersonelloven §4 sier at helsepersonell skal innhente bistand og henvise pasienter der det er nødvendig og mulig (Molven, 2015). Dette vil for eksempel si at sykepleier på sykehjem må henvise pasient til sykehuset for undersøkelse og behandling, hvis det ikke kan tilbys på sykehjemmet (Molven, 2015). Sykepleier blir slik sett i en mellomstilling mellom pasient og lege. Sykepleierens observasjoner og tolkninger er medvirkende i grunnlaget legen baserer sin terapi på (Karoliussen og Smebye, 1998).

Davis (2017) påpeker viktigheten av at helsepersonell informerer om at det ikke finnes en ensartet symptomerfaring før ACS, og at selv symptomer som er periodiske eller mindre intense, kan være symptomer på ACS. Isaksson et al. (2013) legger i tillegg særlig vekt på at kvinnene må vite om risikoen ved å utsette å søke helsehjelp. Denne undervisningen er også sentral i forhold til sekundærforebygging av ACS. Til tross for at enkelte av kvinnene hadde gjennomgått et hjerteinfarkt, og derfor kjente til symptomer, skulle det små variasjoner til i symptom bildet før de ventet med å oppsøke hjelp (Davis et al., 2013).

5.4.3 Symptomene passet ikke med forventet bilde på ACS

Når kvinnenes erfaring av symptomene ikke stemte overens med bildet de hadde medførte dette prehospitalet forsinkelse. Flere kvinner undervurderte egen risiko og så ikke sammenhengen mellom risikofaktorene og ACS.

Mange av kvinnene oppga media som kilde for sin kunnskap om hjerteinfarkt. Media fremstilte symptomene unyansert, dette skapte et stereotypisk bilde av hjerteinfarkt.

Pedagogiske tiltak rettet mot befolkningen, som mediekampanjer, kan spre viktig kunnskap og nå ut til mange mennesker. For å spille en rolle i forebyggende helsearbeid bør det sikres at informasjonen er balansert. Kampanjene skal være opplysende, uten å spre unødvendig bekymring i befolkningen. I Norge ble LHL sin kampanje *Hjertelig hilsen* lansert i 2010. De konkluderte i 2015 med at de gjennom kampanjen hadde lykket med å øke bevisstheten i befolkningen om at hjerte- og karsykdom også rammer kvinner, og at symptomene ved et hjerteinfarkt kan være vagere enn hos menn (LHL, 2015). Ifølge Løchen og Gerdts (2015) vil det først i løpet av neste tiår foreligge god nok kunnskap til at denne kan omsettes til folkehelseiltak der formidling til allmennheten er sentral.

5.4.3.1 Undervurderer risikofaktorer

Studiene viste at mange kvinner ikke så at de var i risikozonen for ACS. Gallagher, Marshall og Fisher (2010) fant at flere kvinner var uvitende om at både høyt kolesterolnivå og røyking var velkjente risikofaktorer for hjertesykdom. Risikofaktorene til iskemisk hjertesykdom er komplekse, men røyking, fedme og diabetes trekkes spesielt frem. Disse risikofaktorene er også sterkere for kvinner enn for menn (Løchen og Gerdts 2015; Rødland, 2018). I følge Løchen og Gerdts (2015) er røyking den viktigste risikofaktoren som kan forebygges med tanke på iskemisk hjertesykdom.

Nyere forskning viser også til psykososiale risikofaktorer for hjerteinfarkt hos kvinner, som depresjon og kronisk stress (Løchen og Gerdts, 2015). Når vi har kunnskapen om at disse risikofaktorene er knyttet til ACS, har sykepleieren også mulighet til å forebygge gjennom veiledning. Endringsfokusert veiledning er en metode sykepleier kan benytte som handler om å øke bevisstheten om problemet. Uten å moralisere eller være for opptatt av resultatet, bør sykepleieren rette kommunikasjonen mot relasjonen og pasientens ressurser gjennom å bruke sine bekreftende ferdigheter (Eide & Eide, 2007).

Kunnskap om risikofaktorer leder oss til andre aktuelle arenaer for klinisk praksis.

Sykepleiers møte med kvinner på diabetespoliklinikk gir mulighet til å fange opp og informere om risikofaktorene for å utvikle ACS, og om atypiske symptomer. Ifølge

Helsedirektoratet (2010) er enkelte grupper mer utsatt for å utvikle fedme, slik som personer med fysiske begrensninger, psykiatrisk sykdom eller med lav sosioøkonomisk status. Ifølge nasjonale retningslinjer for fedme og overvekt fremheves hensiktsmessig arbeidsdeling på allmennlegekontoret som også kan anvendes i møte med pasienter som får behandling og oppfølging for fedme. Opplæring, veiledning og oppfølging er aktuelle oppgaver for legekontorets medarbeidere, for eksempel sykepleier. At dette kan gjennomføres som gruppeundervisning, er også kostnadseffektiv og forebyggende, og kan videreføres av pasientene selv (Helsedirektoratet, 2010).

Rødland (2018) viser til at svangerskapskomplikasjoner som preeklampsi og svangerskapsdiabetes er blant de viktigste risikofaktorene hos kvinner. Svangerskap kan derfor være en innfallsport til å fange opp og forebygge tidlige symptomer på hjerte- og karsykdommer. Kvinner som har hatt preeklampsi, har økt forekomst av høyt blodtrykk og begynnende åreforkalkning, som på sikt kan føre til ACS. Til tross for dette blir ikke svangerskapskomplikasjoner inkludert som viktige risikofaktorer til i forebyggingsarbeidet i de nye nasjonale faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017).

Davis (2013) og Gallagher, Marshall og Fisher (2010) fant at samsykelighet var en risikofaktor i seg selv, da kvinnene knyttet prodromalsymptomene til andre sykdommer de hadde. Et eksempel er revmatiske sykdommer, som rammer kvinner tre ganger så ofte som menn (Rødland, 2018). Pasienter med revmatiske sykdommer har høyere forekomst av komplikasjoner som blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes, depresjon og overvekt (Gregersen og Grønseth, 2016). Pasienter i hjemmetjenesten kan ha både uavklart og sammensatt helsesituasjon med flere diagnoser. Da er det vesentlig at sykepleier har kunnskap om hvilke symptomer en skal være spesielt oppmerksom på.

Regjeringspartiene kom nylig med seks løfter for en bedre kvinnehelse (Høyre, 2019). Første løfte gjelder forskning. Det må fortsatt prioriteres videre forskning på kvinners helse og den oppdaterte kunnskapen om kvinners særlige behov må tas i bruk. Styrking av helseforskningen på sykdommer som rammer kvinner og menn forskjellig, blant annet kroniske sykdommer og utmattelsesykdommer. Videre følger løfte om nye pakkeforløp, blant annet for utmattelse og muskel-/skjelettlidelser (Høyre, 2019). Regjeringen uttaler at det er en tendens til at ingen tar helhetlig ansvar for diagnostisering og oppfølging

av disse pasientene. Pasientgruppen utgjør en stor del av sykdomsbyrden i Norge, og kvinner er overrepresentert.

5.4.4. Temaene i lys av Virginia Hendersons teori

“Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse, eller gjenvinning av helse...” (Henderson, 1998, s. 45).

5.4.4.1 Individrettet sykepleie

For å bli kjent med pasienten må vi ”...forstå hvilke erfaringer som har formet pasientens erfaringer, tanker og verdier” (Kirkevold, 2015, s. 201). For å kunne ivareta pasientens psykososiale behov, må vedkommende forstås innenfor sin sosiale kontekst. Gjennom å belyse deltakernes egne erfaringer av prodromalsymptomer på ACS, har vi forsøkt å se pasienten i en større sammenheng, dette i tråd med Hendersons individrettede sykepleieteori. Funnene viste at pasienten har behov for å bli sett i den tidlige sykdomsfasen, både av pårørende og helsepersonell. Litteraturstudiets resultat viser at pasienten trenger sykepleierens hjelpende funksjon. Dette behovet viser seg der kvinnene mangler kunnskap om atypiske symptomer på ACS som utviklet seg over tid, og der de var engstelige for å føle seg avvist eller latterliggjort. Da trengte kvinnene hjelp til å se situasjonens helhet, gjenvinne følelsen av kontroll og oppfordring til videre undersøkelser av symptomene. Ved kjente risikofaktorer hadde pasienten behov for hjelp i form av en sykepleier som hadde fokus på forebyggende tiltak for å forhindre sykdomsutviklingen.

Ved individualisert sykepleie er det viktig at sykepleieren legger til rette for at kvinnene fritt kan beskrive symptomer og sykdomsutvikling (Isaksson et al., 2013). Fremfor å fokusere på hvorvidt tradisjonelle symptomer på ACS er tilstede eller ikke, bør det brukes åpne spørsmål, da det vil gi mer detaljert informasjon om årsaken til at de søkte helsehjelp.

“Det er ingen tvil om at mange mennesker er redde for å bli innlagt på sykehus, og at mange kvier seg for å be overarbeidede leger og sykepleiere om å ta seg av dem” (Henderson, 1998, s. 37). Sitatet fra Henderson er fortsatt aktuelt, og flere av kvinnene i forskningsartiklene rapporterte de samme bekymringene, særlig om det viste seg at symptomene ikke var tegn på alvorlig sykdom. I en sektor hvor effektivitet og tidspress er fremtredende, er det viktig at vi

vet at dette kan være et hinder for at kvinnene tar kontakt tidlig i sykdomsfasen. Hendersons teori om at sykepleieren må se helheten rundt pasienten og gi personlig veiledning kan slik sett anses som en ledesnor som bør vektlegges der symptombildet gjør pasienten er usikker på om det er berettiget å ta kontakt.

Gjennom studien håpet vi å avdekke et mønster i symptombildet på ACS, noe som viste seg vanskelig. Resultatene fra forskningsartiklene viser at få av deltakerne lykkes i dette.

Årsakene var komplekse, blant annet at symptomene var atypiske, periodiske og varierte i styrke. Ifølge Kirkevold (2015) må sykepleieren ha kunnskapen til å se situasjonen fra flere synsvinkler der pasienten ikke klarer å danne et meningsfullt mønster av situasjonen og se mulige sammenhenger. Her er både erfaring- og forskningsbasert kunnskap viktig.

5.4.4.2 Forskningsbasert kunnskap og tverrfaglig samarbeid

En tilbakevendende oppfordring i artiklene er at sykepleiere aktivt bør tilegne seg kunnskap om aktuell forskningen på tidlige symptomer på ACS. Henderson mente at kvaliteten på sykepleie kontinuerlig måtte forbedres i henhold til ny forskning, og at sykepleieren måtte ta et større selvstendig ansvar i forhold til å basere sin utøvelse av sykepleie på forskning.

Å identifisere problemer er en sentral sykepleieroppgave, og for å klare dette må sykepleieren ha oppdatert kunnskap. Sykepleierens spiller en sentral rolle i helseteamet, og tar avgjørelser angående pasientens behov for medisinsk hjelp, både på hjemmebesøk og ved forskjellige poliklinikker.

Ifølge Nortvedt og Grønseth (2016) har sykepleieren en assisterende funksjon overfor legen i forhold til diagnostikk og behandling. Dette støttes også av Gleason, Greenberg og Himmelfarb (2019), som mener sykepleiers rolle i forhold til diagnostisering er utdatert, og at sykepleiere bør ta en større rolle i den diagnostiske prosessen. De bør også få mer undervisning i forhold til avdekking av symptomer, noe som allerede praktiseres her til lands for eksempel blant sykepleiere på legevakt.

5.4.4.3 Kritisk vurdering av Hendersons teori

Det å holde seg oppdatert på forskning, samt utøve individrettet sykepleie er en målsetning og kvalitetsindikator. Men dette viser seg dessverre ikke alltid praktisk mulig å få til i en hverdag der prioriteringer må foretas med kritisk vurdering. Virginia Hendersons individualiserte

sykepleie inkluderte ikke hvordan økonomiske rammer og organisering påvirket sykepleieutøvelsen. Hun ble derfor kritisert for å ikke se det samfunnsmessige perspektivet (Mathisen, 2015). Henderson så problemet, og svarte senere på denne kritikken, men forandret aldri sin individrettede definisjon av sykepleie.

Det samfunnsmessige perspektivet, spesielt i forhold til forebygging av livsstilsykdommer, utfordret hun de nye generasjoner sykepleiere til å synliggjøre (Mathisen, 2015).

6.0 KONKLUSJON

Gjennom litteraturstudien fant vi at kvinners erfaringer med prodromalsymptomer på ACS er sammensatte. Kvinnene oppga symptomer som magesmerter, rygg-/nakke-/kjevesmerter, unormal tretthet og utmattelse. De erfarte at prodromalsymptomer utviklet seg over tid, at symptomene var vage og atypiske, og at de ikke stemte overens med forventet bilde av et hjerteinfarkt. Det var derfor vanskelig både for kvinnene og sykepleierne å danne et typisk mønster, og forvarslene ble ikke tatt på alvor noe som medførte prehospitalet forsinkelse. Studien påpeker at sykepleiere har en jobb å gjøre i forhold til å tilegne seg nok kunnskap slik at de kan oppdage, videreformidle og sette inn tidlige tiltak med tanke på behandling og forebygging. De fleste utsatte å søke helsehjelp med mindre symptomene var kraftig, akutt innsettende brystmerter. Kvinnene i studien uttrykte en sterk plikt- og ansvarsfølelse overfor familie og arbeid, noe som medførte at de trengte aksept eller støtte fra dem for å oppsøke helsehjelp. Redsel for helsevesenets reaksjon ved kontakt med bare tidlige tegn/diffuse symptomer, var også en medvirkende årsak til prehospitalet forsinkelse. Det er derfor viktig at sykepleiere møter pasientene med en individrettet og ivaretagende holdning.

Mange så ikke sammenhengen mellom risikofaktorer og ACS, og kunnskapen de hadde var mangelfull. Røyking, samsykkelighet og diabetes er risikofaktorer som trekkes spesielt frem. En viktig sykepleieroppgave kan derfor være å bidra til informasjon og kunnskapsformidling slik at en på et tidligere tidspunkt kan starte med forebygging fremfor behandling. Dette er en bedre utnyttelse av helseressursene og ikke minst mindre belastende for kvinnene.

7.0 LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care. A practical guide*. 4. utg. London: Open University Press.

Chandrasekhar, J., Gill, A., Mehran, R. (2018) Acute myocardial infarction in young women: current perspectives, *International Journal of Women's Health*, 10 s. 267- 284. doi: 10.2147/IJWH.S107371.

Davis, L.L., Mishel, M., Moser, D.K., Esposito, N., Lynn, M.R. og Schwartz, T.A. (2013) Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome, *Heart & Lung*, 42(6) s. 428- 435. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.08.001.

Davis, L.L. (2017) A Qualitative Study of Symptom Experiences of Women with Acute Coronary Syndrome, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(5) s.488- 495. doi: 10.1097/JCN.0000000000000381.

Devon, H.A., Ryan, C.H., Ochs, A.L. og Shapiro, M. (2008) Symptoms across the continuum of Acute Coronary Syndromes: Differences between women and men, *American journal of critical care*, 17(1) s. 14-24. Tilgjengelig fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d5810440-882f-49ae-96d0-f12593afd7e3%40sdc-v-sessmgr05> (Hentet: 11. april 2019).

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

Etikkom (2009) *Retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Inklusjon-av-kvinner/> (Hentet: 11. mai 2019).

Folkehelseinstituttet (2018a) *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/> (Hentet: 24. mars 2019).

Folkehelseinstituttet (2018b) *Dødsårsaksregisterets statistikkbank*. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> (Hentet: 25. april 2019).

Fjørtoft, A-K. (2006) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Gallagher, R., Marshall, A.P. og Fisher, M.J. (2010) Symptoms and treatment- seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time, *Heart & Lung*, 39(6) s. 477- 484. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.10.019.

Gleason, K.T., Greenberg, P. og Himmelfarb, C.R.D. (2019) Nurses are key in Preventing deadly Diagnostic Errors in Cardiovascular Diseases, *Journal of cardiovascular nursing*, 34(1) s. 6-8. doi: 10.1097/JCN.0000000000000542.

Gregersen, A-G. og Grønseth, R., (2016) Sykepleie ved revmatiske sykdommer. I: Stubberud, D.G., Grønseth, R. og Almås, H. (red). *Klinisk sykepleie 2*, 5. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, s.207- 231.

Grov, E. K. (2015) Kormobiditet. I: Grov, E. K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5 utg. Cappelen Damm Akademisk, s. 961- 976.

Helsedirektoratet (2010) *Overvekt og fedme*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme> (Hentet: 09. mai 2019).

Helsedirektoratet (2017) *Tidlig intervensjon*. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Tidlig-intervensjon/> (Hentet: 5. mai 2019).

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St.meld.47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/> (Hentet: 10. mai 2019)

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Morgendagens omsorg* St.meld 29 (2012-2013) Oslo
Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> (Hentet: 10. mai 2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 08. mai 2019).

Henderson, V. A. (1998) *Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvens for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holter, I. M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I: Grov, E. K., Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5 utgave. Cappelen Damm Akademisk, s. 107-117.

Høyre (2019) *Regjeringspartienes seks løfter for bedre kvinnehelse*. Tilgjengelig fra: <https://hoyre.no/aktuelt/nyheter/2019/regjeringspartienes-seks-punkter-for-bedre-kvinnehelse/> (Hentet: 09. mai 2019).

Håkonsen, K.M., (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Gyldendal Norske Forlag AS

Isaksson, R.M., Brulin, C., Eliasson, M., Neslund, U. og Zingmark, K. (2013) Older Women's Prehospital Experiences of Their First Myocardial Infarction, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(4) s. 360- 369. doi: 10.1097/JCN.0b013e31824bcebc

Karoliussen, M. og Smebye, K. L. (1998) *Sykepleie - fag og prosess*. Oslo: Universitetsforlaget.

Karoliussen, M. (2002) *Sykepleie - tradisjon og forandring. En humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Kilden (2015) *Hva er kjønnsforskning?* Tilgjengelig fra:

<http://kjonnsforskning.no/nb/2015/07/hva-er-kjonnsforskning> (Hentet: 03. mars 2019).

Kirkevold, M. (2015) Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I: Grov, E. K. & Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5. utg. Cappelen Damm Akademisk, s. 193 - 208.

Knutstad, U. (2011) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. 3.utg. Oslo: Akribe AS.

Knutstad, U. (2011) Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I: Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. 3 utg. Oslo: Akribe AS, s. 19-25.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (Hentet: 20. april 2019).

Legeforeningen (2012) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig

fra: <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 08. mai 2019).

Legehandboka (2019) *NORRISK 2*. Tilgjengelig fra:

<https://legehandboka.no/informasjon/nyheter/norrisk-2/> (Hentet: 27 april 2019).

Lichtman, J.H., Leifheit- Limson, E.C., Watanabe, E., Allen, N.B., Garavalia, B., Garavalia, L.S., Spertus, J.A., Krumholz, H.M. og Curry, L.A. (2015) Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women With Acute Myocardial Infarction, *Circulation: Cardiovascular Quality & Outcomes*, 8(2_suppl_1) s. S31- S38. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612.

Lindskog, B.I. (1997) *Universitetsforlagets store medisinske ordbok* 6.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

LHL (2015) *Vi har lykkes med hjertelig hilsen kampanjen!* Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/om-lhl/aktuelt/2015/vi-har-lykkes-med-hjertelig-hilsen-kampanjen/> (Hentet: 04 mai 2019).

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

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? I: Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Utgave 5. Cappelen Damm Akademisk, s. 119-141.

Molven, O. (2015) Helsepersonells rettigheter og plikter. I: Grov, E. K., Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5 utg. Cappelen Damm Akademisk, s. 339-359.

Mæland, J.G. (2010) *Forebyggende helsearbeid*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norsk Senter for Forskningsdata (2019) Tilgjengelig fra: <https://nsd.no/> (Hentet: 08. april. 2019).

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 08. mai 2019).

Nortvedt, P., Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I: Stubberud, D-G. & Grønseth, R., Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag, s. 17-37.

O'Keefe-McCarthy, S. & Ready, L. (2016) Impact of Prodromal Symptoms on Future Adverse Cardiac-Related Events: A Systematic Review, *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1) s. 1-10. doi: 10.1097/JCN.0000000000000207

Pasient- og brukerrettighetsloven 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet:10. mai 2019)

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2017) *Nursing research*. 10.utg. Wolters Kluwer.

Publichealth (2015) *Institutional Review Board- Public Health*. Tilgjengelig fra: <http://publichealth.ro/index.php/research/institutional-review-board-public-health/> (Hentet: 12 mai 2019)

Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I: Grov, E. K., Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5 utg. Cappelen Damm Akademisk, s. 244-270.

Rødland, A.W. (2018) *Kilden kjønnsforskning.no*. Hva vet vi om kvinners helse? Tilgjengelig fra: http://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf (Hentet: 01. februar 2019).

Smith, R., Frazer, K., Hyde, A., O'Connor, L. og Davidson, P. (2018) Heart disease never entered my head: Women's understanding of coronary heart disease risk factors, *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22) s.3953- 3967. doi: 10.1111/jocn.14589.

Støren, I. (2018) *Bare søk! En praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Sykepleien (2018) *Norge trenger en nettportal om kvinnehelse*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2018/05/norge-trenger-en-nettportal-om-kvinnehelse> (Hentet: 22. mars 2019).

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ørn, S. og Brunvand, L. (2014) Hjerte- og karsykdommer. I: Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag, s. 160-196.

