

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur

Mäns upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt
Studie av självbiografier

Men's experiences of suffering a myocardial infarction
Studie of autobiographies

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng
Höstterminen 2008

Författare: Sunesson, Gustaf
Voutilainen, Anna-Stina
Handledare: Berggren, Elisabeth

SAMMANFATTNING

Titel:	Mäns upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt: Studie av självbiografier
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Sunesson, Gustaf; Voutilainen, Anna-Stina
Handledare:	Berggren, Elisabeth
Sidor:	23
Månad och år:	November 2008
Nyckelord:	Hjärtinfarkt, upplevelse, patientperspektiv, bemästring

För många personer som drabbas av hjärtinfarkt är det en traumatisk upplevelse och det kan också förekomma problem i dagliga livet lång tid efter infarkten. Syftet med studien var att analysera och beskriva upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt utifrån levd erfarenhet. Datamaterialet har utgjorts av självbiografier och analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalysmetod. Samtliga självbiografier var skrivna av män. Resultatet utgörs av fyra huvudkategorier; *Insjukandet*, *Vårdrelationen*, *Behov* och *Bemästring*. Informanterna hade inte kontroll över sin situation vid det akuta omhändertagandet och de kände sig utlämnade till sjukvårdspersonalen. Upplevelserna var också positiva, så som att kunna lämna över ansvaret för sin hälsa till vårdpersonalen och känna välbehag, trots sin utsatta situation. Det fanns behov av att dela erfarenhet med personer som drabbats av hjärtinfarkt och också behov av professionell närhet och distanserad närhet och de hanterade sin situation genom att se framåt, att anpassa sig och ta ett steg i taget.

ABSTRACT

Title: Men's experiences of suffering a myocardial infarction: Studie of autobiographies

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Sunesson, Gustaf; Voutilainen, Anna-Stina

Supervisor: Berggren, Elisabeth

Pages: 23

Month and year: November 2008

Keywords: Myocardial infarction, experience, patient perspective, coping

Being suffered by myocardial infarction is for many people a traumatic experience and problems can also occur in the daily life, for a long time after the infarction. The aim of the study was to analyse and describe experiences when suffering a myocardial infarction, by lived experience. Autobiographies were used to collect data. Data were analysed using qualitative content analysis. All of the autobiographies were written by men. The result is represented by four main categories; *Become ill*, *The caring relation*, *Needs* and *Coping*. In the acute care the informants' did not have control of their situation and they had a feeling of being deserted to the caring staff. The experience could also be positive, like the possibility to be able to leave the responsibility for their health to the caring staff. There was a need of sharing experiences with fellow patients and there was also a need for professional nearness and distanced nearness and they coped with the situation by looking forward, to adjust oneself and to take one step at the time.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Hjärtinfarkt.....	1
Hälsa och bemästrande	2
Tidigare forskning.....	3
SYFTE	5
METOD	5
Val av litteratur	6
Dataanalys.....	8
Etiska ställningstaganden.....	9
RESULTAT	10
Resultatsammanfattning.....	10
Huvudkategorier och kategorier	11
Insjuknandet.....	11
Vårdrelationen	12
Behov	14
Bemästring	15
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Implikation för omvårdnad	20
REFERENSER	21

INLEDNING

Att drabbas av hjärtinfarkt är för många en traumatisk upplevelse och problem i det dagliga livet kan också förekomma lång tid efter infarkten. Hjärtinfarkt innebär att hjärtmuskulaturen, helt eller delvis, skadas till följd av syrebrist i hjärtats muskelceller (Ericson & Ericson, 2008). Incidens och mortalitet är vid hjärtinfarkt i hög grad relaterad till kön och ålder. Risken att drabbas av hjärtinfarkt ökade med stigande ålder, särskilt bland kvinnor. Risken att drabbas eller dö av hjärtinfarkt är ungefär dubbelt så stor för män som för kvinnor, sett till ålder. Mellan 1987 och 2005 inträffade i genomsnitt cirka 40 000 fall av akut hjärtinfarkt per år i Sverige. År 2005 avled 31 procent av de insjuknade inom 28 dagar efter hjärtinfarkten (Socialstyrelsen, 2008). Patienter som drabbats av hjärtinfarkt är välrepresenterade inom alla vårdformer och det är därför troligt att de flesta som arbetar inom vård och omsorg någon gång kommer att vårda en person som drabbats av hjärtinfarkt. Utöver medicinsk behandling kräver patienten omvårdnad för att, på ett tillfredsställande sätt, kunna hantera sitt sjukdomstillstånd och dagliga liv i längre perspektiv. Hos personalen krävs därför, utöver medicinsk kunskap, även kunskap om patienters perspektiv på att ha drabbats av hjärtinfarkt, vilket är avsikten att lyfta fram i föreliggande studie.

BAKGRUND

Hjärt- kärlsjukdomar leder ofta till långvariga hälsoproblem och funktionsnedsättning för patienten och är den grupp av sjukdomar som förorsakar flest dödsfall. Inom gruppen hjärt-kärlsjukdomar är hjärtinfarkt den vanligaste sjukdomen (Socialstyrelsen, 2005). Huvuddelen av de personer som drabbas av hjärtinfarkt överlever, men för dem leder infarkten ofta till någon slags påverkan på det dagliga livet.

Hjärtinfarkt

Patientens dagliga liv påverkas lång tid efter hjärtinfarkten. Den traumatiska upplevelsen kan få till följd att patienten drabbas av krisreaktion och långvarig depression. En följd av hjärtinfarkten är också onormal trötthet. Tröttheten påverkar det dagliga livet, eftersom patienten inte orkar utföra aktiviteter som han/hon vanligtvis deltog i innan infarkten (Ericson & Ericson, 2008). För kvinnor kan det innebära att de inte orkar utföra hushållsarbetet i hemmet, medan männen kanske inte klarar av att återgå till sitt arbete, vilket kan vara psykiskt påfrestande för dem båda (Brink, Karlson & Hallberg, 2006).

Hjärtinfarkt orsakas av hinder i form av en blodpropp eller spasm i ett av hjärtats blodförsörjande kärl, vilket medför otillräcklig syretillförsel till hjärtmuskulaturen. Syrebristen ger bestående cellskador som försvagar hjärtmuskulaturen (Vasko, 2007). Hjärtinfarkt kan ge symtom som bröstsmärta, oro, illamående och andfåddhet. Bröstsmärta är vanligast, framförallt hos män. Smärtan hos kvinnor kan vara mer diffus och de kan istället

besväras mer av oro, illamående, kallsvettningar och/eller andfåddhet. Hjärtinfarkt kan vara så kallad tyst och ger då inga symtom (Ericson & Ericson, 2008). Komplikationer kan uppstå efter en hjärtinfarkt, så som hjärtsvikt, arytmier och kardiogen chock, vilket i sin tur kan leda till hjärtstillestånd och död. Diagnosen ställs utifrån typiska EKG-förändringar, förhöjda värden av hjärtskademarkörer i blodet och symtom. Tidig diagnos och snabb behandling för att återupprätta syretillförseln är avgörande för att begränsa infarktens storlek och förhindra komplikationer. Behandlingen sker i dag oftast med ballongdilation eller blodproppslösande läkemedel (Del Bene & Vaughan, 2005). Utöver medicinsk behandling behöver patienten omvårdnad (Ericson & Ericson, 2008).

Specifik omvårdnad, med avseende på aktivitetsstörning och funktionsstörning relaterat till patofysiologin vid hjärtinfarkt, är viktig för att minska patientens symtom och motverka komplikationer. Till specifik omvårdnad hör, förutom övervakning också information i en lugn miljö, att lindra eventuell smärta och hjälp med eller tillsyn vid personligt ADL (Ericson & Ericson, 2008). I mötet med patienten krävs det att sjuksköterskan uppträder professionellt, vilket innebär att också fokusera på patientens perspektiv av att drabbas av hjärtinfarkt. När tillståndet är stabilt bör rehabiliteringen påbörjas för att främja patientens hälsa (Del Bene & Vaughan, 2005; Ericson & Ericson, 2008).

Hälsa och bemästrande

Det finns många olika definitioner av hälsa. Enligt världshälsoorganisationen (1948) är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, känslomässigt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet (World Health Organization, 2003). Carnevali (1999) refererar till Carnevali (1992) som anser att "Hälsa är ett tillstånd av balans mellan å ena sidan hälsorelaterade krav i dagligt liv å andra sidan funktionell förmåga och yttre resurser, så att fysiskt, psykosocialt och andligt välbefinnande befrämjas och individen känner tillfredsställelse med sin livskvalitet" (a a s 25).

Hur väl en patient kan hantera sin situation och uppleva hälsa, trots sjukdom, beror på förhållandet mellan personens resurser och krav som ställs i situationen (Carnevali, 1999; Skaug & Dahl Andersen, 2005). Kraven kan komma från patienten själv och bestå av förväntningar eller att han/hon vill genomföra aktiviteter trots sina begränsningar. För att nå balans i det dagliga livet ska kraven motsvara patientens interna och externa resurser (Carnevali, 1999). Interna resurser kan enligt Carnevali (1999) vara fysisk och känslomässig styrka, uthållighet, sinnesförmågor, sinnesstämning, kunskap, motivation, mod, färdigheter och kommunikationsförmåga (a a s 31-33). För att till viss del kompensera eller förstärka de interna resurserna vid sjukdom behövs extra externa resurser. Enligt Carnevali (1999) kan externa resurser utgöras av bostad, medmänniskor, tekniska hjälpmedel, tillgång till teknologi, pengar och husdjur (a a s 34). Det måste råda balans mellan de krav som patienten har i dagligt liv och de resurser som står till buds, för att patienten ska kunna bemästra sitt tillstånd (Skaug & Dahl Andersen, 2005).

Tidigare forskning

Efter att ha drabbats av hjärtinfarkt strävade den drabbade efter balans mellan problem och resurser i dagligt liv. Hjärtinfarkten hotade det normala livet, vilket ledde till att den drabbade var tvungen att kämpa för att få kontroll över sitt liv (Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007).

Hotet mot hälsa och ett normalt liv kan medföra att tiden innan det att patienten söker vård kan fördröjas (Johansson, Swahn & Strömberg, 2007). Då personer drabbades av symtom, på att något var fel med hjärtat, var det vanligt att de förringade symtomens betydelse och istället för att söka vård sattes stor tilltro till självmedicinering. När symtomen fortsatte eller blev värre insåg de dock att de drabbats av sjukdom. Hotet mot hälsa medförde att personerna då förlorade kontrollen, vilket ledde till minskad förmåga att fatta egna beslut. För att få hjälp med att fatta beslut tog några direkt hjälp av sjukvården, medan andra istället konsulterade anhöriga. Den här processen medförde att tiden till behandling fördröjdes (a a). Foster och Mallik (1998) har undersökt om det fanns någon skillnad mellan män och kvinnor i fördröjningen från symtomdebut tills den drabbade var på sjukhus för vård. Studien visade att det fanns skillnader mellan könen i hur lång tid det tog innan de sökte hjälp av anhöriga eller själva ringde efter ambulans. Kvinnorna väntade längre än männen, eftersom de inte relaterade symtomen till hjärtat. Männen var mer medvetna än kvinnorna om att symtomen kunde bero på att något var fel på hjärtat, hälften av männen sökte därför hjälp inom en halvtimme efter första symtom (a a).

Förnekelse i samband med symtomdebuten kan enligt Stewart, Davidson, Meade, Hirth och Makrides (2000) orsakas av emotionell stress. Hjärtinfarkt medförde påfrestningar i dagligt liv, både under och efter infarkten, vilket påverkade den drabbades livskvalitet (Roebuck, Furze & Thompson, 2001). Stewart, et. al. (2000) urskiljer ett antal stressfaktorer, som var en följd av hjärtinfarkt. Stress uppstod bland annat till följd av emotionella faktorer, nödvändiga livsstilsförändringar och oförmåga att klara sig själv (Stewart, et. al., 2000; Roebuck, et. al., 2001). Enligt Kristofferzon, et. al. (2007) var det fysiska symtom och den emotionella stressen som oftast var mest besvärande för patienten, från symtomdebut och under de första månaderna efter infarkten. Förutom den emotionella stressen menar Stewart, et. al. (2000) istället att det var mest stressande med de nödvändiga livsstilsförändringar som hjärtinfarkten medförde. Enligt Roebuck, et. al. (2001) var det fysiska symtom och deras påverkan och begränsningar i dagligt liv som var mest besvärande för patienterna.

Att drabbas av hjärtinfarkt och den nära dödenupplevelse den kan medföra leder till stor emotionell påverkan (Stewart, et. al. 2000). Hjärtinfarkt medförde rädsla, frustration, irritation och ilska hos patienter som drabbats. Många gånger kunde det leda till depression (a a). Även Roebucks, et. al. (2001) visar att patienterna kände sig nere och deprimerade. Kristofferzon, et.al. (2007) menar att patienter dessutom kunde drabbas av skuld känslor då de såg sig själva som en börda. Vissa gav uttryck för känslor som värdelöshet, tomhet och förlorad livslust (a a). Begränsningar i det dagliga livet var stressfullt för patienterna och kunde innebära att man inte längre kunde utföra moment som man klarade av innan hjärtinfarkten, för en del kunde detta kännas förnedrande och jobbigt (Stewart, et. al., 2000). Enligt Thompson, Ersser och

Webster (1995) såg många av patienterna ändå positivt på framtiden, trots att de inte orkade lika mycket som innan infarkten. Även om de inte kunde leva som förut, kunde de ändå leva ett normalt liv (a a).

Tidigare studier visar att det var svårt att genomföra livsstilsförändringar (Condon & McCarthy, 2006; Kristofferzon, et. al., 2007; Stewart, et. al., 2000). Enligt Condon och McCarthy (2006) insåg patienterna att de var tvungna att ändra sin livsstil när de hade accepterat sin diagnos. De hittade faktorer i sitt tidigare beteende som hade varit en bidragande orsak till hjärtinfarkten, så som rökning eller en stressig tillvaro. Även fast alla var fast beslutna att göra livsstilsförändringar ansågs det av många som svårare än vad de förutsett (a a). Enligt Kristofferzon et. al (2007) upplevde kvinnor det svårt att ändra sin livsstil. De var beroende av hjälp från familjen och saknade kunskap om hur de skulle tillämpa de rekommenderade livsstilsförändringarna, framförallt kostvanorna. Män hade istället svårare att ändra sina vanor på grund av bristande motivation eller ett starkt behov av något, till exempel cigaretter (a a). För att kunna bemästra sitt tillstånd är det enligt Kristofferzon, et. al. (2007) viktigt med stöd från det sociala nätverket.

Enligt Stewart et. al., (2000) är stöd från make/maka, vuxna barn, vänner och/eller arbetskollegor en viktig yttre resurs vid återhämtning efter en hjärtinfarkt. Det är dock inte alltid bara fördelar med att ha mycket folk runt omkring sig. Enligt Roebuck, et. al. (2001) kunde en spänd relation mellan de drabbade och deras partners eller familjemedlemmar uppstå, på grund av att de anhöriga blev överbeskyddande. Detta resulterade i att de drabbade blev frustrerade, då de inte tilläts att utföra en del aktiviteter för de andra i familjen (a a). Även Stewart et. al., (2000) menar att den som drabbats av hjärtinfarkt kunde känna sig överbeskyddad och det sågs som en negativ faktor.

Överbeskyddande anhöriga kan bero på brist på information. För att kunna återgå till ett normalt liv krävdes information (Stewart et. al., 2000). Patienter upplevde dock brist på information, vilket gjorde dem oroliga. Läkaren gav ibland lite information innan hemgång, men det var ofta information som patienter inte förstod eller kunde ta till sig. (Stewart et. al., 2000; Thompson et. al., 1995).

Det finns många studier som berör ämnet hjärtinfarkt. Studierna fokuserar på den medicinska behandlingen eller omvårdnaden vid hjärtinfarkt. Det finns få studier som beskriver patientens egna upplevelser i samband med sjukdomen (Blasdell, 2007). För att kunna ge omvårdnad som ser till patientens behov är det viktigt att fördjupa sig i patientens individuella upplevelser av sin sjukdom och därför anser författarna, i föreliggande arbete, att aktuell studie är betydelsefull.

Fortsättningsvis benämns författarna till föreliggande arbete *forskarna*, för att särskilja de från författarna till självbiografierna. Författarna till självbiografierna kan också benämnas *informanterna* eller *de drabbade*.

SYFTE

Syftet var att analysera och beskriva upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt utifrån levd erfarenhet.

Följande frågeställningar avses att belysas:

- Vad innebär det att insjukna i hjärtinfarkt?
- Hur ser det dagliga livet ut efter den akuta fasen?

Med *insjukna i hjärtinfarkt* avses i föreliggande studie tiden från sjukdomsdebuten tills patienten får lämna akutsjukhuset och med *efter den akuta fasen* avses i föreliggande studie tiden efter vistelsen på sjukhus.

METOD

Då syftet var att analysera och beskriva personers levda erfarenheter valdes kvalitativ ansats. Forskningfrågan styr den metod som forskaren använder för att samla och analysera data (Polit & Beck, 2008). Det är inte helt lätt att skilja på kvalitativ- och kvantitativ forskning, utan åsikterna om vad som är kvantitativ respektive kvalitativ forskning varierar inom olika forskningsdiscipliner (Starrin, 1994). Patel och Tebelius (1987) försöker dock förenkla skillnaderna genom att säga att i kvantitativ forskning vill forskaren mäta, beskriva och förklara fenomen, vilket forskaren kan göra genom statistiska bearbetnings- och analysmetoder. I kvalitativ forskning vill forskaren istället inventera, tolka och förstå ett fenomen, vilket kan ske genom insamling av verbala beskrivningar och textanalys (a a).

I aktuell studie analyserades personers upplevelser. Enligt Streubert Speziale och Rinaldi Carpenter (2007) anses kvalitativ ansats då vara lämplig. I kvalitativ forskning är det viktigt att upplevelser av fenomen berättas av de personer som upplevt något (a a), vilket kan ske genom intervjuer eller genom att ta del av personers skrivna berättelser (Dahlberg, 1997). Självbiografier, som är en form av skrivna berättelser, är en utmärkt källa för att inhämta kunskap om patienters upplevelser, enligt Van Manen (1990). Självbiografier är skrivna i ett skönlitterärt syfte, men innehåller beskrivningar av upplevelser och känslor som kan användas i vetenskaplig forskning (Dahlberg, 1997). Intervjuer är också en lämplig datainsamlingsmetod när syftet är att fånga människors upplevelser om ett fenomen. Kvale (1997) anser att det krävs skicklighet och kunskap hos dem som intervjuar. Forskarna, i föreliggande studie, anser att det krävs mer kunskap än vad de besitter för att utföra en intervjustudie. Det finns dessutom tidsmässiga begränsningar avseende föreliggande arbete och Dahlberg (1997) anser att analys av självbiografier är ett bra alternativ då tiden för genomförandet är begränsat. I föreliggande studie valdes därför att studera självbiografier.

Val av litteratur

Fem svenska självbiografier utgör datamaterialet. Inklusionskriterierna var; Att böckerna skulle vara skrivna av den som drabbats av hjärtinfarkt, biografierna skulle redogöra för händelser, tankar, funderingar och erfarenheter och litteraturen skulle vara skriven på svenska. Böcker som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades.

Litteratur söktes först på biblioteket på Högskolan i Skövde, med hjälp av söktjänsten LIBRIS. De sökord som användes och antal titlar som inkluderades eller exkluderades framgår av tabell 1. Efter sökningarna kontrollerades varje verks titel, ämnesord och sammanfattning för att bedöma om verken överensstämde med inklusionskriterierna.

Tabell 1 Sammanställning av sökningar och val av litteratur i LIBRIS.

Sökning	Sökord	Antal titlar	Exkluderade titlar	Antal självbiografiska verk	Tidigare förekommande verk	Nya verk
1	hjärtinfarkt upplevelse*	15	15	0	-	-
2	hjärtinfarkt självbiografi	0	-	-	-	-
3	hjärtinfarkt biografi	7	3	4	-	4
4	hjärtinfarkt lz	6	2	4	4	0
5	myocardial infarction experience	2	2	0	0	0
6	myocardial infarction biography	0	-	-	-	-
7	myocardial infarction lz	4	0	4	3	1

På biblioteket på Högskolan i Skövde gavs tips om boken *Människan i sjukdom och kris – romaner, dikter och faktaböcker* (2008) författad av Lena Jönsson och Barbro Selander, vilket är en sammanställning av skönlitterära verk uppdelat efter olika sjukdomstillstånd. I boken hittades fyra titlar, varav tre motsvarade inklusionskriterierna. Samtliga verk som hittades hade redan påträffats tidigare i LIBRIS.

Sökningarna resulterade endast i självbiografier som är skrivna av män. De fem självbiografierna presenteras kortfattat;

Börjeson, Anders & Johansson, Bengt W. (1995). *Hjärtat mitt: en bok om hjärtinfarkt*. Stockholm: Carlsson. 128 sidor.

Anders Börjeson lever ett hektiskt liv med ett stressfullt arbete som programledare i radio. Han slarvar med mat och motion och har hereditet för hjärtsjukdom. Det leder till att han drabbas av en hjärtinfarkt med efterföljande anginabesvär. Boken har två delar där den första delen redogör för Anders upplevelser av tiden efter hjärtinfarkten och hur han får genomgå en kranskärslröntgen och ballongdilatation. Han berättar också om sina livsstilsförändringar, vilket blev följden av infarkten. I den andra delen ställer Anders frågor om orsak och behandling vid hjärtinfarkt, vilket besvaras av läkaren Bengt W Johansson. Endast den första delen av boken har analyserats, med hänvisning till inklusionskriterier i föreliggande studie.

Crafoord, Clarence (2004). *Hjärtats oro: anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall*. Stockholm: Natur och kultur. 230 sidor.

Läkaren och psykoanalytikern Clarence har precis avslutat ett stort projekt, med att skriva en bok, då han drabbas av en kraftig olustkänsla och rastlöshet. På sjukhuset får han veta att han drabbats av hjärtinfarkt. I boken får vi följa Clarence under hans turer på sjukhuset och under rehabiliteringen efter hjärtinfarkten.

Lindqvist, Lars-Åke (2000). *Hjärtat mitt: en berättelse om hjärtbesvär*. Täby: Pfizer. 94 sidor.

Lars-Åke är 51 år när han drabbas av sin första hjärtinfarkt. Det är starten på en lång rad hjärtproblem med flera hjärtinfarkter, hjärtsvikt, arytmier och hjärtstopp. Lars-Åke beskriver upplevelser av hur han blir behandlad av sjukvården, hur viktig hans familj är för honom och hur en hjärtinfarkt kan ge nya perspektiv på livet och livsstilen. Lars-Åke får även genomgå kranskärslröntgen och bypassoperation och beskriver sina upplevelser, sin oro och ångest, som han känner i samband med undersökning och operation.

Jönsson, Ove (2001). *Seg gubbe med änglavakt: en berättelse*. [Trelleborg]: [Ma-La förl.] 40 sidor.

Ove befinner sig på sjukhuset i Trelleborg då han drabbas av hjärtinfarkt och får åka i ilfart till Malmös sjukhus. Han berättar att han var så nära döden att läkarna höll på att ge upp, men eftersom att han inte rökte ville de göra ett försök till att rädda honom. De lyckades och för det är Ove mycket tacksam. Ove beskriver vilket underbart bemötande vården gav honom. Han kämpade för att återse sina vänner och att åter få spela golf, vilket han lyckades med.

Thuveesson, Johnny (2006). *Att vilja leva*. Malmö: Bra böcker. 286 sidor.

Johnny vaknar upp en natt med panik i kroppen. Hans hjärta klappar fortare än någonsin. Han tar sig in till sjukhuset där det konstateras att han fått hjärtinfarkt. Detta är den första av flera infarkter som Johnny drabbas av. I boken beskriver han sina erfarenheter av att vårdas på sjukhus, hur en nära dödenupplevelse känns efter ett hjärtstopp och hur det dagliga livet påverkas av en infarkt. När Johnny börjar få ordning på sitt hjärta drabbas han av cancer. Boken är uppdelad i två delar, varav den ena handlar om hans hjärtproblem och den andra om hans cancer. Forskarna i föreliggande studie har valt att endast analysera den första delen, eftersom innehållet i den andra delen inte motsvarade inklusionskriterierna i föreliggande studie.

Dataanalys

Enligt Polit & Beck (2008) är syftet med dataanalysen att organisera, strukturera och hitta en mening i forskningsmaterialet. Ely, Anzul, Friedman, Gardner & McCormarck Steinmetz (1993) säger att analysen är ett eller flera sätt att hitta datamaterialets mest utmärkande meningar och genom ”att komprimera omorganisera och kombinera” dem presentera forskarens resultat på det enklaste och mest intressanta sättet (a a s 154). I kvalitativa studier sker dessutom datainsamlingen och dataanalysen till viss del oftast samtidigt (Ely, et. al.1993; Polit & Beck, 2008).

Polit & Beck (2008) anser att det finns utmaningar då kvalitativ analys skall genomföras. En utmaning är den tid som krävs vid kvalitativ analys, då insamlad data oftast är volymmässigt omfattande. En annan utmaning vid kvalitativ analys är att kunna presentera resultatet kortfattat, utan att förlora delar av innehållet (a a s 507).

Analysen i föreliggande studie är inspirerad av Burnards (1991) kvalitativa innehållsanalysmodell. Analysmetoden är anpassad för data som samlas in i form av semistrukturerade eller öppna intervjuer och som transkriberas i sin helhet. Metoden bedömdes som lämplig även då datamaterialet utgjordes av självbiografier. Syftet med analysen var att genomföra en detaljerad och systematisk förteckning över informantens utsagor för att kunna klassificera dem i arbetsteman och kategorier.

- Inledningsvis läste forskarna enskilt de fem självbiografierna i sin helhet, för att bli bekanta med innehållet.
- Därefter lästes böckerna en andra gång enskilt för att få en fördjupad förståelse för texterna. Samtidigt med den andra genomläsningen, hela tiden med syftet i åtanke, framkom olika teman (vad det handlade om). Enligt Burnard (1991) ska det finnas tillräckligt med teman för att kunna sortera in all väsentlig data.
- Forskarna jämförde sina teman med varandra. De teman som inte överensstämde mellan forskarna diskuterades och texterna lästes på nytt för att komma fram till gemensamma teman.

- Meningsbärande enheter identifierades under respektive tema. Meningsbärande enheter med samma innebörd bildade en kategori. Kategorier med liknande innehåll bildade en huvudkategori.
- Därefter jämfördes huvudkategorierna och kategorierna med originaltexterna för att kontrollera att innehållet och dess mening inte hade förändrats eller misstolkats. Forskaren måste röra sig fram och tillbaka mellan det konkreta i texten (källan) och det abstrakta (tolkningen) för att garantera analysens validitet. Med tolkningen avses de huvudkategorier och kategorier, som forskaren formulerat.
- Huvudkategorier och kategorier analyserades och kategorierna belystes med citat ur självbiografierna.

Etiska ställningstaganden

I Helsingforsdeklarationen finns etiska riktlinjer som ska följas när människor studeras. Där fastslås att forskaren måste vara professionell och insatt i det område som han/hon avser att studera (Medicinska forskningsrådet, 1996). Föreliggande studie är en studie i omvårdnad, vilket forskarna är insatta i efter tre års utbildning. Vinster och risker med ett forskningsprojekt måste bedömas. För att få genomföra en studie måste vinsten, så som ny betydelsefull kunskap, vara större än de risker som deltagarna utsätts för. Patientens intressen är viktigare än samhällets och forskningens. Då forskarna till aktuell studie diskuterade vinster och risker med studien kom de fram till att vinsterna med studien var större än riskerna. Eftersom det finns brister i kunskap i området avseende patienters beskrivningar avseende upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt, utifrån levd erfarenhet, kan föreliggande arbete medföra kunskapsvinster. Kunskapsvinster är viktiga för att omvårdnad av patienter som drabbats av hjärtinfarkt ska kunna förbättras och komma framtida patienter till del. Riskerna med aktuell studie bedömer forskarna som små. Data samlades in genom att läsa självbiografier. Under datainsamlingen kom forskarna således aldrig i kontakt med någon person som kunde komma till skada. Författarna har själva valt att publicera självbiografierna. Böckerna kan därför användas i studien utan författarnas medgivande. Det är dock viktigt att forskarna tar ansvar för materialet och att innehållet i självbiografierna inte förändras, förvanskas eller misstolkas. Forskarna har, genom en noggrann systematisk analys med respekt för innehållet och författaren, i möjligaste mån förhindrat förändring, förvanskning och misstolkning av källmaterialet. Enligt Kvale (1997) måste forskaren under hela forskningsprocessen, från planeringsstadiet fram till rapporteringen, kontinuerligt göra etiska ställningstaganden. I föreliggande studie har etisk diskussion förts i kontinuerlig dialog mellan forskarna, från studiens början till presentation av slutresultatet.

RESULTAT

I analysen framkom fyra huvudkategorier; *Insjuknandet*, *Vårdrelationen*, *Behov och Bemästring* och tretton kategorier. Inledningsvis presenteras en sammanfattning och tabell över kategorier (tabell 2). Därefter presenteras huvudkategorier och kategorier. Kategorierna belyses med citat.

Resultatsammanfattning

När författarna till självbiografierna drabbades av hjärtinfarkt förändrades mycket i deras liv. I början av insjuknandet var det svårt för dem att erkänna att de höll på att bli sjuka och de förnekade symtom. Det var påfrestande för de drabbade att inte ha kontroll över sina liv, samtidigt som det kunde vara behagligt för dem att lämna över ansvaret till sjukvårdspersonalen. Informanterna beskrev också upplevelsen av hur viktig relationen, mellan personal och vårdtagare var för att känna trygghet, ibland kunde informanterna uppleva brister i kommunikationen och det kunde leda till att informanten kände sig utlämnad. Det framkom även att de kunde känna saknad av det trygga sjukhuset vid hemkomsten. Det var viktigt att känna sig professionellt omhändertagen. De drabbade upplevde att de saknade professionell närhet. Informanterna ansåg att det bästa sättet att få information var genom att dela erfarenheter med andra som drabbats av hjärtsjukdom. De drabbade beskrev upplevelser om hur viktigt det var att ha närstående ”med sig”, men att det inte alltid var viktigt att de var fysiskt närvarande. Trots hjärtinfarkten såg informanterna positivt på framtiden. Informanterna bemästrade sjukdomen genom att skapa delmål och att försöka anpassa sig till den nya livssituationen.

Tabell 2 Huvudkategorier och kategorier

Insjuknandet	Vårdrelationen	Behov	Bemästring
– Förnekelse	– Trygghet	– Professionell närhet	– Se framåt
– Inte ha kontroll	– Vara utlämnad	– Dela erfarenheter	– Ta ett steg i taget
– Överlämnande	– Saknad	– Distanserad närhet	– Anpassning
– Känsla av välbehag			

Huvudkategorier och kategorier

Insjuknandet

Informanterna beskrev sina upplevelser under insjuknandet, om hur de till att börja med förnekade sjukdomssymtomen och hur de tappade kontrollen över sina liv. På sjukhuset fick de överlämna sig själva till sjukvårdspersonalen och kunde då känna välbehag, trots sjukdomen. Fyra kategorier framkom; *Förnekelse*, *Inte ha kontroll*, *Överlämnande* och *Känsla av välbehag*.

Förnekelse

När informanterna kände av symtomen på hjärtinfarkten i hemmet förnekade de allvarlig sjukdom och försökte övertyga sig själva om att det inte var någon fara.

”Halv två vaknade jag av en dov, trubbig, molande smärta i bröstet. ”Detta måste vara den mest perfekta illusionen av en hjärtinfarkt” minns jag att jag tänkte. Det gjorde fruktansvärt ont – men någon skräck, eller ångest kände jag inte. Jag hade ju talat med företagssköterskan och hon hade sagt att det bara var stress.” (Börjesson & Johansson, 1995, s 22).

”Hon frågade igen om hon skulle ringa efter ambulans men jag svarade att det går över snart.” (Lindqvist, 2000, s 8).

När den drabbade sedan gick med på att åka in till sjukhuset kände de att det var sjukvårdspersonalen som hade kontrollen över deras hälsa.

Inte ha kontroll

På sjukhuset, vid det akuta omhändertagandet, upplevde de drabbade att de inte hade kontroll över det som skedde, vilket kunde medföra likgiltighet.

”Långa rader av blinkande lysrör fick mig att sluta ögonen. Vad var det som hände med mig? Det var både behagligt och lite dramatiskt att fara fram så här. Jag var inte rädd, kände mig närmast förvånad och samtidigt underligt slö. Hade jag redan fått en morfinspruta? Jag hade inte märkt det och det oroade mig en smula. Det var som om jag fortfarande var nollställd och liksom fjärran från vad som skedde med mig.” (Crafoord, 2004, s 24).

Så småningom släppte informanterna taget om sitt hälsotillstånd och lämnade över ansvaret till sjukhuspersonalen.

Överlämnande

När informanterna lämnade över ansvaret för sin hälsa till sjukhuspersonalen upplevde de att de blev väl omhändertagna. De kunde släppa allt och bara vara en vilande kropp.

”Efter hand bestämde jag mig stilla för att sjunka in i en total tillit. Jag hyste inget tvivel på att jag blev omhändertagen på det allra bästa sätt.” (Crafoord, 2004, s 40).

”Jag fann det vara en sällsam känsla att ligga i en säng utan andra uppgifter än att uppleva sig själv som en vilande kropp med funktioner, övervakade av en grupp människor som rör sig runt den och som tycks ha all sin uppmärksamhet riktad mot det som sker med mig.” (Crafoord, 2004, s 40).

Att kunna lämna över sig till sjukvårdspersonalen, som ingav trygghet, gjorde att den drabbade kunde känna välbehag.

Känsla av välbehag

Informanterna upplevde välbehag trots sin utsatta situation, tack vare att de kände sig väl omhändertagna på sjukhuset.

”Var och en av alla dessa människor visste vad som skulle göras. Deras rörelser var både precisa och graciösa. Jag tyckte att det var som om de uppförde en dans, svävande runt min säng. Frånsett näsan var det hela ganska behagligt och jag kisade på sköterskorna genom halvslutna ögonlock. De liknade nästan en grupp älvor som dansade på en äng runt sängen. Det var behagligt. Jag lät de vara dansande älvor.” (Crafoord, 2004, s 28).

”Hon sätter sig hos mig när hon känner min oro, och hon förklarar och går inte förrän jag mår bättre. Jag har aldrig blivit så ompysslad i hela mitt liv känns det som. Det är ganska fantastiskt det hela.” (Börjesson & Johansson, 1995, s 35).

Välbehaget visade sig hänga samman med att ha en god relation med vårdpersonalen.

Vårdrelationen

De drabbade beskrev hur en god relation till vårdpersonalen ingav trygghet, medan en dålig relation kunde medföra att personen kände sig utlämnad. Tre kategorier framkom; *Trygghet*, *Vara utlämnad* och *Saknad*.

Trygghet

De drabbade upplevde att de kände sig väl omhändertagna på sjukhuset. Det räckte med att veta att personalen fanns i närheten, och att de var lättillgängliga, för att känslan av trygghet skulle infinna sig.

”Sköterskor och biträden är snälla mot mig, de skämtar med mig så mycket som de tror att jag tål. De tröstar när de ser att det behövs och inte en sekund får de mig att känna det som om jag är till besvär. Fast jag ringer på klockan och fast de har mycket att göra.” (Börjesson & Johansson, 1995, s 29).

Ibland var dock vårdrelationen inte så bra som de drabbade önskade att den skulle vara.

Vara utlämnad

Det fanns dock tillfällen då informanterna upplevde att de inte blev sedda av sjukvårdspersonalen, så som att vara en hel människa, utan bara sågs som en diagnos. De kände sig utlämnade.

”När jag ligger på bären under det kalla ljuset från lysrören med massor av vitklädda människor runt omkring mig, slangar och kranar, mätare och pip ljud, frågar en stor mun efter mitt personnummer. Jag svarar. Något senare kommer en ny mun med samma fråga och får samma svar. Nya nålar med kranar sticks i händerna. Sladdar kopplas till kroppen och jag är rädd.” (Lindqvist, 2000, s 9).

”Efter 5 dagar fungerade allt som det skulle. Då tyckte en läkare att det var dags för mig att åka hem! Det var som att slå undan benen på mig! Jag kunde fortfarande inte stå eller gå och jag hade inte börjat öva att gå i trappor.” (Jönsson, 2001, s 21).

Trots att vissa informanter kände sig utlämnade på sjukhuset så fanns det ändå en saknad efter sjukvårdspersonalen när de kom hem.

Saknad

Även om de drabbade tyckte att det var skönt att komma hem efter den akuta fasen kände de en saknad av det omhändertagande och den trygghet de upplevt på sjukhuset.

”Och jag känner att jag kommer att sakna dem som har skött om mig väldigt mycket. Det är inte bara deras professionella inställning, mitt i det affektiva har det hela tiden funnits en härlig värme också. Aldrig att någon har visat att jag har varit besvärlig. Däremot har de gärna suttit vid min säng när jag har haft det svårt.” (Börjesson & Johansson, 1995, s 51).

”Visst var det skönt att få komma hem. Samtidigt saknades tryggheten. Permissionen några timmar varje eftermiddag och kväll hade hjälpt till och jag visste att sjukhuset inte var långt borta.” (Lindqvist, 2000, s 63).

Saknaden kan antas bero på att informanterna hade ett behov av speciell närhet med professionella personer som visste vad det handlade om.

Behov

Vid hjärtinfarkt hamnar den drabbade i en situation som inte alltid kan bemästras på egen hand och olika behov kan finnas. Tre kategorier framkom; *Professionell närhet*, *Dela erfarenheter* och *Distanserad närhet*.

Professionell närhet

I mötet mellan vårdpersonal och den drabbade behöver den drabbade känna att det finns en professionell närhet, det vill säga att sjuksköterska eller läkare ger tid för honom/henne och är lyhörd för hans/hennes behov. I texterna framkom att informanterna upplevde att de inte fick rätt slags information. De drabbade beskrev behovet av att få situations- och individanpassad information, i professionell närhet.

”Jag började fundera över hur det förtroendefulla samtal skulle kunna se ut där jag skulle kunna ta emot en berättelse om vad som hände mig de där första timmarna och dagarna. Ett samtal där jag skulle ha möjlighet att ställa frågor och få besked och svar på ett sätt som skulle kännas uttömmande. Förekommer sådant inom den vanliga sjukvården?” (Crafoord, 2004, s 53).

”En dag fick vi, några patienter, se en video om hur det är att få en hjärtinfarkt. Det var inte så mycket som stämde.” (Lindqvist, 2000, s 25).

Individanpassad information kunde vara att dela erfarenheter med andra hjärtsjuka patienter.

Dela erfarenheter

Informanterna beskrev vikten av att få träffa andra som också hade drabbats av hjärtsjukdomar. Även om de möttes i grupper för att genomföra sjukgymnastik eller stresshanteringskurs var det mötet med andra som de tyckte var det viktigaste. Det var genom att dela sina erfarenheter med andra som de fick den information som de hade saknat.

”Och vi berättar vad vi vet för varandra om sjukdomen som vi har. Vi berättar om det vi känner och om det som läkare och sjuksköterskor berättar för oss. Alla är goda lyssnare, och snart är vi alla specialister på hjärt- och kärlsjukdomar.” (Börjesson & Johansson, 1995, s 49).

”Jag tänkte att det utbyte av verkliga erfarenheter som vi upplevt de senaste två sessionerna måste vara oerhört mycket gynnsammare för deltagarnas förmåga till stresshantering än alla dessa teoretiska genomgångar.” (Crafoord, 2004, s 181).

”På något sätt blev sjukhuset för några av oss ett slags trygghet som gjorde att vi frisknade till. Det var nyttigt att få träffa likasinnade. Vi hade alla drabbats på olika sätt men hade hjärtproblemen gemensamt. Därför kunde vi hjälpa varandra.” (Lindqvist, 2000, s 78).

Det fanns också behov av distanserad närhet.

Distanserad närhet

Närstående kan vara ett stöd för den drabbade och deras närvaro kan inge trygghet och hjälpa honom/henne vid tillfrisknandet. Ibland kan den drabbade dock känna behov av att få vara ensam. I texterna framkom att även om informanterna inte alltid ville ha de närstående fysiskt närvarande, var det ändå viktigt att veta att de fanns där.

”Jag har talat om att jag inte vill ha några besök men jag får brev och blommor och allt det gläder mig. Mina vänner är med mig!” (Börjesson & Johansson, 1995, s 32).

Bemästring

Informanterna såg, trots hjärtinfarkten, positivt på framtiden. Efter infarkten började de uppskatta sitt liv på ett annat sätt än vad de gjort innan. Genom att sätta upp delmål anpassade de sig till sina nya förutsättningar. Det var dock inte alltid lätt att ändra sin livsstil. Tre kategorier framkom; *Se framåt*, *Ta ett steg i taget* och *Anpassning*.

Se framåt

När informanterna drabbades av hjärtinfarkt började de att reflektera över sina liv och att se på framtiden med nya ögon.

”Jag har överlevt min hjärtinfarkt mot alla odds, jag har fått en chans till och den tänker jag ta vara på. Jag lever inte på övertid eller på nåder, jag lever på riktigt om jag bara själv vill. Jag bestämmer mig för att leva mer än någonsin, ta vara på livet optimalt här och nu. Det är kanske en dumdristik och naiv livsfilosofi, men det är mitt livs viktigaste beslut.” (Thuveson, 2006, s 72).

”Mina värderingar om sättet att leva förstärktes. Jag upptäckte saker jag inte visste fanns.” (Lindqvist, 2000, s 36).

När informanterna såg framåt fick de ta ett steg i taget för att återhämta sig.

Ta ett steg i taget

När de drabbade börjat sin väg mot återhämtning, upplevde de det som viktigt att ta ett steg i taget och arbeta mot delmål för att anpassa sig till sin nya livssituation.

”Efter några dagar får jag resa mig upp och sitta i fåtöljen vid fönstret. Det är som en fest, och nästan lite högtidligt. Jag sitter där och njuter av själva sittandet och tittar ut över den gråa sjön. Efter några dagar får jag gå till toaletten. Det är en promenad på 10-15 meter kanske, och det känns som en äventyrsresa.” (Börjesson & Johansson, 1995, s 32).

”För mig har det varit viktigast att sätta upp olika mål. Ett sådant har varit att bara se några dagar framåt. Som att få möjlighet att följa en match i Champions League en onsdagskväll, att få träffa barnbarnet kommande helg.” (Lindqvist, 2000, s 90).

Att ta ett steg i taget innebar för informanterna att de fick anpassa sig.

Anpassning

Informanterna var tvungna att anpassa sig till en ny livsstil med nya förutsättningar.

”Till övergångarna i livet hör säkerligen reduktionen av olika hektiska aktiviteter. I det här fallet blev den en naturlig följd av anpassningen till den begränsning som en hjärtinfarkt innebär...” (Crafoord, 2004, s 164).

”Under ett halvår drack jag inga som helst alkoholhaltiga drycker. Ett naturligt val för de allra flesta. Men jag kan medge att jag tyvärr återupptagit denna vana, eller ovana, igen. Detta är inget jag med stolthet berättar. Men jag mår så bra att jag inbillar mig att detta ingår i begreppet ”livskvalitet”.” (Jönsson, 2001, s 34).

Det var inte alltid så lätt att ändra livsstil så som att ändra kost- och motionsvanor.

”Det sägs att ingenting är så svårt att förändra som kostvanor, och jag känner varje dag som >>tvångssalladen>> serveras hur det barnsliga trotset och vägran reser sig inom mig.” (Crafoord, 2004, s 90).

Att träffa andra, som drabbats av hjärtinfarkt trots att de levt ett hälsosamt liv, kunde medföra bristande motivation till att fortsätta med sitt nya, mer hälsosamma liv.

”Men det händer att jag tänker på Göran som aldrig har gjort annat än ätit gröt och cyklat och ändå åkt dit. Då är det lätt hänt att man börjar treva efter bilnycklarna. Eller kylskåpsdörren” (Börjesson & Johansson, 1995, s 81).

Även då de drabbade insåg att hjärtinfarkten hade medfört begränsningar kunde det vara svårt att anpassa sig till den nya livsstilen.

”Hjärtinfarkten har naturligtvis förändrat mitt liv, inte minst fysiskt. Troligen blir jag tvingad att sälja min gård som jag en gång köpte av livskvalitetsskäl. Men min sjukdom behöver inte förändra mitt jag, mitt psyke, inte mig som person och människa. Jag får anpassa eller revidera min livsstil, men jag tänker inte tillåta min sjukdom att styra mitt liv. Jag förtränger inte min sjukdom, tvärtom. Jag bearbetar den dagligen, men jag för också en aggressiv, helig kamp för att behålla min integritet, min personlighet och min frihet.” (Thuveson, 2006, s 74).

Sammanfattningsvis upplevde de drabbade att det var besvärande att inte ha kontroll och att känna sig utlämnad, men känsla av trygghet och välbehag kunde ändå upplevas. Det fanns behov av professionell och distanserad närhet för att den drabbade skulle kunna bemästra sitt tillstånd.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då syftet var att analysera och beskriva personers upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt, valdes kvalitativ ansats. Då ett fenomen ska analyseras och förstås är kvalitativ ansats lämplig (Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter, 2007).

Datainsamling vid kvalitativ forskning kan ske genom intervjuer, observationer eller skrivna berättelser (Dahlberg, 1997). I aktuell studie har skrivna berättelser i form av självbiografier använts. Enligt Van Manen (1990) är självbiografier en utmärkt källa för att inhämta data om personers upplevelser. Forskarna anser att självbiografier ger en verklig bild av författarnas upplevelser. Läsning av självbiografier har gjort det möjligt för forskarna att förstå de upplevelser, som författarna delgivit och själva ansett viktiga. En fördel med självbiografier är att forskaren kan ta del av patienters berättelser utan etiskt tillstånd, något som skulle krävs om intervjuer istället hade valts. Det är dessutom en tidskrävande process att få etiskt tillstånd och det var därför inte något alternativ då tiden för denna studie var begränsad. För att genomföra intervjuer krävs även en djupare kunskap i intervjumetodik än vad forskarna anser att de för tillfället besitter. Valet av självbiografier var därför självklart.

En nackdel med självbiografier är att det inte går att ställa följdfrågor, till författarna, för att få en djupare förståelse för vissa upplevelser. En annan nackdel med självbiografier är att författarna kan tänkas ha utelämnat en del väsentligt material eftersom, de publicerat verken och gjort dem tillgängliga för allmänheten. Det kan dock vara svårt att få tillgång till känsliga uppgifter även vid intervju, eftersom det kan vara svårt för informanten att öppna sig, då de sitter öga mot öga mot en annan människa.

Analysen av utsagorna i självbiografierna är inspirerad av Burnards (1991) kvalitativa innehållsanalysmodell som är beskriven i 14 steg. Enligt forskarna var kvalitativ innehållsanalys ett tydligt hjälpmedel vid analysen. I slutskedet av analysen jämfördes huvudkategorierna och kategorierna med originaltexten för att kontrollera att innehållet inte hade förändrats eller misstolkats. Enligt Burnard (1991) är detta viktigt för att säkra analysens trovärdighet. När forskarna jämförde kategorierna med originaltexten ansåg de att dessa överensstämde. Genom att belysa kategorierna med citat anser forskarna att resultatets trovärdighet har legitimerats.

Hjärtinfarkt är ingen könsneutral sjukdom, utan symtom och påverkan på dagligt liv efter insjuknandet kan skilja sig mellan kvinnor och män. Författarnas syfte var ursprungligen att

beskriva både män och kvinnors upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. Alla självbiografier som hittades och som uppfyllde studiens inklusionskriterier var dock skrivna av män. Studien beskriver endast mäns upplevelser, vilket kan ses som en brist i studiens trovärdighet. Forskarna anser dock att det snarare medför att studien blir mer betydelsefull, eftersom den medicinska forskningen om hjärtinfarkt länge har haft mannen som norm, vilket i sin tur har lett till att många studier inom omvårdningsforskningen belyser kvinnors upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt. Få studier inom omvårdningsforskningen beskriver mäns upplevelser.

Andra faktorer än kön till exempel kulturella eller sociala skillnader har kanske betydelse för mäns upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt. Med hänsyn till de begränsningar och att urval består av relativt få mäns upplevelser bör resultatet användas med försiktighet. Det är dock forskarnas övertygelse att även grupper med andra män än de som deltagit i studien skulle ha beskrivit liknande upplevelser efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.

Resultatdiskussion

I aktuell studie framkom att informanterna inledningsvis förnekade symtom då de drabbades av hjärtinfarkt. I tidigare forskning är det väl dokumenterat att det blev en fördröjning innan patienten kom till sjukhus, på grund av att han/hon förnekade symtom eller inte insåg allvaret utan istället försökte med självmedicinering (Johansson, et. al., 2007; Kristofferzon, et. al., 2007; Henriksson, Lindahl & Larsson, 2007). Enligt Foster och Mallik (1998) var det vanligare med förnekelse och självmedicinering hos kvinnor. Männerna hade tydligare symtom och hälften av männen sökte därför hjälp omgående (a a). Även Kristofferzon et. al., (2007) påvisar att majoriteten av männen konsulterade anhöriga eller ringde efter ambulans vid symtomdebuten. I aktuell studie dröjde dock alla informanter, som befann sig hemma vid symtomdebuten, med att söka vård även då symtomen var tydliga. Henriksson et. al., (2007) visar att många män dröjde med att söka vård, trots tydliga symtom. Fördröjd vård till följd av förnekelse är följaktligen ett problem även om det kan vara vanligare bland kvinnor.

På sjukhuset upplevde informanterna, i föreliggande studie, att de inte hade kontroll och att det då var skönt att överlämna sig till sjukvårdspersonalen. Efter överlämnandet till professionell personal kunde de känna välbehag, trots sin utsatta situation. Kristofferzon et. al. (2007) visar att patienterna upplevde att sjuksköterskornas vård gav en känsla av trygghet, hos både män och kvinnor. Även Condon och McCarthy (2006) visar att patienterna generellt sett var tillfredsställda med den vård de fick och att den ingav trygghet. Resultatet i aktuell studie påvisar betydelsen av att god relation mellan den drabbade och sjukvårdspersonal etableras. En god relation och ett professionellt bemötande ingav trygghet, medan bristande kommunikation och brister i bemötandet kunde få den drabbade att känna sig utlämnad. Enligt Sahlsten, Larsson, Lindencrona och Plos (2005) skapades en god relation genom att sjuksköterskan lyssnade aktivt på patienten och fångade upp det hon/han förmedlade. En dialog mellan sjuksköterska och patient var en förutsättning för att patienten skulle kunna känna sig bekräftad (a a). I aktuell studie beskriver informanterna behovet av professionell närhet från vårdpersonalen. Det var viktigt att vårdpersonalen tog sig tid och satt ner och pratade med den drabbade om hans/hennes upplevelser av omhändertagandet, eftersom det

kunde skilja sig mycket från personalens upplevelser av samma situation. Genom att tillhandahålla information och kunskap som är individanpassad kunde sjuksköterskan stärka patientens resurser (Sahlsten et. al., 2005). Många studier visar dock att patienter upplevde brister i informationen som de fick från vårdpersonalen (Stewart, et. al., 2000, Roebuck, et. al., 2001). Kvinnor kunde uppleva att de fick mycket information som de inte kunde ta till sig och att det endast var medicinska frågor som de fick svar på medan känslomässiga frågor inte togs upp (Johansson & Ekebergh, 2006).

I föreliggande studie framkom det tydligt att informanterna tillgodosåg ett behov av mer information genom att dela sina erfarenheter med andra, som drabbats av hjärtinfarkt. Även Kristofferzon et. al. (2007) påpekar att många av patienterna, både kvinnor och män, upplevde det som uppmuntrande att träffa andra hjärtinfarktspatienter. Steen Isaksen och Gjengedal (2006) visar också att mötet med andra som drabbats av hjärtinfarkt var ett viktigt stöd för patienterna och kunde bidra med information, som patienten inte fick eller kunde ta till sig från sjukvården. Många patienter fick även hopp och motivation, till att förändra sin livsstil och kämpa för bättre hälsa, av att träffa andra som drabbats och blivit bättre. Steen Isaksen och Gjengedal (2006) visar dock att det inte enbart var positivt att dela erfarenheter. De menar att information som gavs för att hjälpa istället kunde skrämja patienterna, och om en förebild plötsligt dog kunde det leda till rädsla och nedsatt hopp (a a).

Informanterna i föreliggande studie beskrev vikten av närstående och hur deras närhet skapade trygghet. Det framkom dock att de drabbade ibland hade behov av distanserad närhet, det vill säga; de ville veta att de närstående fanns där men de drabbade hade inte alltid behov av att ha de närstående fysiskt närvarande. Närstående är en viktig resurs för patienten, vilket stöds av tidigare forskning (Thompson, et. al., 1995) framförallt som emotionellt stöd (Stewart, et. al., 2000). Forskarna, i föreliggande studie, har inte funnit tidigare forskning som direkt stöder behovet av distanserad närhet. Det kan dock till viss del stödjas av att patienter kände sig överbeskyddade av närstående, vilket skapade frustration hos patienterna och kunde leda till en spänd relation till dem (Stewart, et. al., 2000, Roebuck, et. al., 2001). Förutom behov av distanserad närhet, kan patientens upplevelse av att närstående är överbeskyddande antas bero på obalans mellan patientens krav och resurser. I det fallet är resurserna för starka i förhållande till kraven.

Carnevali (1996) beskriver förhållandet mellan krav i dagligt liv och interna och externa resurser, som står till buds, som en balansväg. För att uppleva hälsa måste det råda balans mellan krav och resurser (a a). När en person drabbas av hjärtinfarkt rubbas balansen (Kristofferzon et. al., 2007; Stewart et. al., 2000). I aktuell studie framkom att de drabbade återskapade balansen, bland annat genom att se framåt, genom att ta ett steg i taget och genom att anpassa sig till nya förutsättningar. Enligt Thompson et. al. (1995) kunde patienterna se positivt på framtiden, eftersom de kände att de kunde kontrollera sin hälsa genom livsstilsförändringar (a a). Aktuell studie visar att det är viktigt att den drabbade har förmåga att se framåt trots den utsatta situationen. Det stöds av Thompson et. al. (1995) som visar att patienterna såg positivt på framtiden. Att återgå till ett normalt liv var en drivkraft enligt Thompson et. al. (1995). Vad som är normalt kan patienten dock behöva omdefiniera, vilket sker då han anpassar sig till sina nya förutsättningar.

Implikation för omvårdnad

Föreliggande arbete har lyft fram betydelsen av professionell närhet. Det är viktigt att den drabbade blir sedd och bekräftad utifrån hans upplevelser. Det måste finnas tid för samtal, där den drabbade ges möjlighet att ställa frågor och dela sina erfarenheter av att insjukna och även få samtala om det professionella omhändertagandet.

Patienten och närstående bör få information från sjukvårdspersonal om hur hjärtinfarkten kan påverka patienten i det dagliga livet, efter sjukhusvistelsen, så som att det finns behov av distanserad närhet såväl under som efter hemkomsten .

Distanserad närhet är ett intressant fenomen som forskarna anser behöver studeras mera i framtida forskning.

REFERENSER

- Blasdell, N. (2007). *Acute myocardial infarction: a descriptive study of the experience*. (Diss.). Rhode Island: University of Rhode Island.
- Brink, E., Karlson, W.B., & Hallberg, R-M. L. (2006). Readjustment 5 months after a myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403-411.
- Burnard, P. (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- Börjeson, A., & Johansson, B. W. (1995). *Hjärtat mitt: en bok om hjärtinfarkt*. Stockholm: Carlsson.
- Carnevali, D. (1999). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB.
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37-44.
- Crafoord, C. (2004). *Hjärtats oro: anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Del Bene, S., & Vaughan, A. (2005). Acute Coronary Syndromes. I: S. L. Woods., E. S. Sivarajan Froelicher., S. Underhill Motzer & E. J. Bridges (Red.), *Cardiac Nursing* (5th ed.). (pp 556-584). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ely, M., Anzul, M., Friedman, T., Gardner, D., & McCormack Steinmetz. (1993). *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken – cirklar inom cirklar*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade Medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad, medicinsk behandling och patofysiologi*. (3:e uppl.). Danmark: Författaren och Studentlitteratur.
- Foster, S., & Mallik, M. (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, 192-202.

- Henriksson, C., Lindahl, B., & Larsson, M. (2007). Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 280-286.
- Johansson, A., & Ekebergh, M. (2006). The meaning of well-being and participation in the process of health and care – women's experiences following a myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 100-108.
- Johansson, I., Swahn, E., & Strömberg, A. (2007). Manageability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 184-191.
- Jönsson, L. & Selander, B. (2008). *Människan i sjukdom och kris: romaner, diktsamlingar och faktaböcker*. (5:e uppl.). Lund: BTJ förlag.
- Jönsson, O. (2001). *Seg gubbe med änglavakt: en berättelse*. [Trelleborg]: [Ma-La förl.].
- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 394-401.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, L-Å. (2000). *Hjärtat mitt: en berättelse om hjärtbesvär*. Täby: Pfizer.
- Medicinska forskningsrådet. (1996). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige, 1996: MFR-rapport 2*. Hämtad från WWW 2008-10-28, <http://www.infovoice.se/fou/bok/diverse/etik1996.htm> .
- Patel, R., & Tebelius, U. (1987). Om forskningsprocessen. I: R. Patel & U. Tebelius (Red.), *Grundbok i forskningsmetodik: kvalitativt och kvantitativt* (sid. 41-51). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., & Plos, K. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 14, 35-42.

- Skaug, E-A., & Dahl Andersen, I. (2005). Beslutsprocesser i omvårdnad. I: N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad, del 1* (sid. 184-213). Stockholm: Liber AB.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.
- Socialstyrelsen. (2008). *Hjärtinfarkter 1987-2005 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2006*. Hämtad från WWW 2008-10-10, <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/690DCBE5-FAB5-41F0-ABAF-B0576190FA3A/9940/2008421.pdf> .
- Starrin, B. (1994). Om distinktionen kvalitativ – kvantitativ i social forskning. I: B. Starrin & P-G. Svensson (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (sid. 11-39). Lund: Studentlitteratur.
- Steen Isaksen, A., & Gjengedal, E. (2006). Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 403-411.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1351-1360.
- Streubert Speziale, H. J., & Rinaldi Carpenter, D. (2007). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thompson, D., Ersser, S., & Webster, R. (1995). The experience of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 707-714.
- Thuveson, J. (2006). *Att vilja leva*. Malmö: Bra böcker.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.
- Vasko, P. (2007). Hjärt-kärlsjukdomar. I: N. Grefberg & L-G. Johansson (Red.), *Medicinen: Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. (4:e uppl.). (sid. 55-142). Stockholm: Liber AB.
- Wallentin, L., & Stenström, U. (2005). Akut kranskärlssjukdom – Introduktion och epidemiologi. I: L. Wallentin (Red.), *Akut kranskärlssjukdom* (sid. 10-20). Stockholm: Liber AB.
- World Health Organization. (2003). *WHO definition of Health*. Hämtad från WWW 2008-10-23, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> .