



Humanvetenskapliga Institutionen
Högskolan i Kalmar
391 82 Kalmar

Kurs: Omvårdnad – uppsats 15 hp

Upplevelser av att leva med kärlekskramp

- En litteraturstudie

Cassandra Sonnerstig & Emelie Yllenius

Handledare: Marie-Louise Strand

Justerat och godkänt

Datum 2010-01-01

.....
Examinator: Kent-Inge Perseius



Humanvetenskapliga Institutionen
Högskolan i Kalmar
391 82 Kalmar

Kurs: Omvårdnad – uppsats 15hp

UPPLEVELSER AV ATT LEVA MED KÄRLKRAMP

-En litteraturstudie
Cassandra Sonnerstig & Emelie Yllenius

SAMMANFATTNING

Hjärt- och kärlsjukdomar däribland kärlekskramp är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och årligen drabbas ca. 11 000 människor av kärlekskramp. Sjukdomen påverkar både personerna och deras familj i olika utsträckning, vilket väcker behovet av att identifiera och beskriva upplevelser av sjukdomen.

Syftet med studien var att belysa personers upplevelse av att leva med kärlekskramp. Studiens metod var systematisk litteraturstudie. Sökningar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO mellan åren 1997-2009. Sammanlagt ingick sju artiklar som kvalitetsbedömdes utifrån granskningsmallar. Resultatet i artiklarna analyserades, noterades och bildade följande tema: Rädsla och oro”, ”Förändringar och begränsningar i livet”, ”Känslan av beroende”, ”Förnekelse av sjukdomen”, ”Rädslan för att dö” samt ”Osäkerhet inför framtiden”.

Resultatet visade att de flesta personer upplevde rädsla och oro i samband med sin sjukdom. Rädsla för kärlekskrampsanfall och ovisshet om när anfällen kunde inträffa. De upplevde även rädsla i samband med arbetssituationen på grund av stress och krav som arbetet innebar. Kärlekskrampen gjorde att de drabbade upplevde begränsningar vid fysisk aktivitet och behov av att anpassa sitt vardagliga liv på grund av sjukdomen.

Slutsatsen visade att kärlekskramp påverkade personernas livssituation. Den kroniska sjukdomen, anpassning av aktiviteter, sorg över förlorad kraft och en oviss framtid kom att prägla deras vardag.

Nyckelord: Kärlekskramp, rädsla, upplevelse, beroende, begränsningar

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kärlkramp.....	1
Utredning och behandling	2
Att få diagnosen.....	3
Teoretisk referensram	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Inklusions- och exklusionskriterier	5
Databaser	5
Sökningsförfarande och urval.....	5
Tabell 1 - Sökschema	7
Kvalitetsgranskning	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Rädsla och oro	10
Förändringar och begränsningar i livet	11
Känslan av beroende	13
Förnekelse av sjukdomen	14
Rädslan för att dö	14
Osäkerhet inför framtiden	15
DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats.....	21
REFERENSLISTA	23
BILAGOR	
Bilaga 1 – Artikelmatris	
Bilaga 2 – Protokoll för kvalitetsbedömning	

INLEDNING

Inom sjukvården kommer man i kontakt med hjärt- och kärlsjukdomar dagligen, vilket är den bakomliggande anledningen till att vi vill lägga fokus på detta ämne. Genom att fördjupa vår kunskap hoppas vi som blivande sjuksköterskor få ökad förståelse för personer som lider av kärlekskramp. Förståelsen ger oss bättre förutsättning att hjälpa denna patientgrupp att uppnå bästa möjliga välbefinnande i omvårdnaden. Därför har vi i denna litteraturstudie valt att belysa människors upplevelse av att leva med kärlekskramp.

BAKGRUND

Hjärt- och kärlsjukdomar däribland kärlekskramp är den vanligaste dödsorsaken i Sverige i likhet med folksjukdomar som t.ex. diabetes och psykisk ohälsa. År 2005 var det 42 % av de avlidna som dog till följd av hjärt- och kärlsjukdomar. Dödligheten i dessa sjukdomar har minskat de senaste 20 åren eftersom färre människor insjuknar och fler överlever efter hjärtinfarkt och stroke. Bakgrundsorsaken är bland annat minskad rökning och minskade höga värden av blodfetter (Norberg & Danielsson, 2009). I Sverige drabbas årligen ca. 11 000 människor av kärlekskramp i åldersgruppen 45-70 år. År 1998 var det ungefär 95 000 människor i landet som led av sjukdomen. När det gäller människor i medelåldern är tillståndet dubbelt så vanligt hos män som hos kvinnor. Könsskillnaden jämnas ut med tiden och över 75 års ålder är sjukdomen lika vanlig hos män och kvinnor (Socialstyrelsen, 1998). Peterson (2007) fann i sin forskning att om man drabbas av kärlekskramp kommer det att påverka livskvaliteten i alla dess dimensioner. Effektiva behandlingar av kärlekskramp kan ha en stark välgörande inverkan på den drabbades återhämtning, tillfrisknande och välmående. Lyckad behandling av kärlekskramp kan åstadkomma glädje hos den sjuke och även vårdgivaren.

Kärlekskramp

Kärlekskramp, och dess latinska benämning *angina pectoris* som betyder ”trångt bröst”, orsakas av åderförfattning i hjärtats kranskärl. Kranskärlen utgår från stora kroppspulsådern och försörjer stora hjärtmuskeln med syrerikt blod. Åderförfattning, eller *ateroskleros*, innebär att det bildas inlagring av fett, celler och bindväv i kärlets innersta väggsikt som gör kärlet stelare och förtjockade. Detta bidrar till otillräckligt blodflöde till hjärtmuskulaturen som resulterar i bröstsmärta. Smärtan utlöses ofta i samband med ansträngning då det krävs ökat blodflöde för att tillgodose hjärtmuskeln med tillräckligt mycket syre. Den tillfälliga nedsättningen av blodflödet till hjärtat och smärtan som tillkommer resulterar inte i någon bestående hjärtmuskul-

skada. Rökning, höga blodfetter, högt blodtryck, diabetes, stress, övervikt och fysisk inaktivitet är de vanligaste riskfaktorerna för åderförfattning (Grefberg & Johansson, 2007).

Kärlkramp är en kronisk sjukdom som delas in i två kategorier – *stabil* och *instabil kärlkramp*. Vid stabil kärlkramp, vilket också kallas ansträngningsangina, får inte hjärtat tillräckligt med blod i ansträngande situationer. Instabil kärlkramp innebär att symtomen plötsligt kan förändras. Smärtan kan utlösas vid mindre grad av ansträngning och ibland även i vila. Stress och psykisk ansträngning är andra orsaker som kan utlösa kärlkramp. Att drabbas av instabil kärlkramp är allvarligt och kan vara ett förstadium till hjärtinfarkt. Varningstecken på när stabil kärlkramp övergått till instabil är när det plötsligt sker en försämring av symtomen och att smärtorna blir mer lättutlösta än tidigare. En kärlkrampsattack brukar beskrivas som ett "band" över bröstet, en tryckande och krampartad smärta bakom bröstbenet. Ofta strålar smärtan ut i vänster arm eller upp mot hals och käke. Det är vanligt att bli illamående och få ångestkänslor i dessa sammanhang. Kärlkrampsattacker varar max i tio minuter (Grefberg & Johansson, 2007).

Utredning och behandling

Med hjälp av medicin och olika operationer kan kärlkramp behandlas. Vid stabil kärlkramp är syftet att lindra symtomen. Vid instabil angina går det däremot också ut på att förhindra hjärtinfarkt. Under medicinsk utredning för diagnosättning använder man sig bland annat utav kranskärlsröntgen, ultraljudsundersökning, datortomografi och arbetsprov på testcykel med elektrokardiografi (EKG)-registrering. EKG är ett diagram som genom att fästa elektroder på kroppen visar hur hjärtat arbetar. Kranskärlsröntgen innebär att man för in en lång kateter via pulsådern, antingen i ljumsken eller i handleden, och sprutar in kontrastmedel i kranskärlen. Samtidigt röntgas hjärtat och man får information om kranskärlens utseende. Vid ultraljudsundersökning få man en bild av hjärtat och dess rörelse genom att föra en skanner över patientens bröst. Datortomografi är en slags röntgen som visar hjärtat i flera olika skikt. Människor som lider av kärlkramp behandlas ofta med kombination av olika läkemedel. Läkemedel minskar riskerna för ny proppbildning genom sänkning av blodtryck och blodfetter, stabilisering av hjärtrytm samt vidgning av kärlen i hjärtat. Det finns två slags operativa ingrepp för att bli av med kärlkramp. Det första ingreppet kallas ballongvidgning och det går till på liknande sätt som vid en kranskärlsröntgen. På katetern finns det en ballong som blåses upp i förträngningen i kärlet och på så vis vidgas kranskärllet. Ibland för man också in ett slags metallnät för att kunna hålla kärlet öppet i fortsättningen. Det andra ingreppet är bypass-

operation (kranskärlsoperation) vilket genomförs när det förekommer flera förträngningar i hjärtats kranskärl. Med hjälp av en artär från bröstkorgsväggen eller ven från patientens ben gör man en passage/omkoppling förbi kranskärlen med förträngningar (Grefberg & Johansson, 2007).

Att få diagnosen

Många människor tycker inte att kärlekskrampen innebär några stora förändringar i det dagliga livet utan de lär sig leva med sjukdomstillståndet. För vissa kan det däremot innebära stor negativ inverkan i livet och även oacceptabla försämringar av livskvaliteten. Det är viktigt att ta hänsyn till och acceptera människans individuella beteenden och personlighetsdrag. Människor som lider av kärlekskramp kan komma att behöva förändra sina levnadsvanor ganska radikalt. För att kunna genomföra dessa förändringar krävs det mer än bara information, motivation och teoretisk kunskap. Gamla invanda mönster och känslor kan vara svåra att bryta. Därför behövs professionell handledning för att till exempel kunna hantera nya hälsovanor, problemlösning och även en utvecklad förmåga att kunna handskas med negativa känslor som nedstämdhet, oro, stress. Det är även betydelsefullt för dessa personer att försöka bibehålla sitt sociala nätverk (Billing, 2000).

Att drabbas av svår kärlekskramp kan innebära att man går igenom en kris. Tillståndet innebär att en yttre händelse i allvarlig grad hotar individens trygghet, fysiska existens och sociala identitet. Den kris som t.ex. kärlekskramp kan föra med sig genomlever de flesta personer på ett bra och naturligt sätt. Dock finns det de som får stora svårigheter med att anpassa sig till den nya situationen. Dessa personer behöver få information om krisutvecklingen och vad den kan innebära. Det kan ta tid för vissa personer att förstå vad som inträffat. Kraftiga psykologiska reaktioner kan uppkomma i samband med att det inträffade har sjunkit in hos personen. Den polikliniska verksamheten och uppföljning är i detta sammanhang väldigt viktigt. Anhöriga blir också väldigt påverkade i samband med att en familjemedlem får diagnosen kärlekskramp. Känslor såsom ångest, skuld, förlust och rädsla inför en oviss framtid uppstår väldigt lätt. I samband med de förändringar i livet som den sjuke står inför är det mycket viktigt att ha sina anhörigas/sin familjs stöd. Det är då mycket större chans att vederbörande lyckas genomföra eventuella förändringar i sina levnadsvanor. Det som är viktigt för anhöriga att tänka på är att inte göra förändringarna åt den sjuke, utan att finnas där som hjälp och tryggt stöd (Billing, 2000).

Teoretisk referensram

Wright och Leahey (2005) inriktar sig på familjefokuserad omvårdnad och framhäver hur viktig familjen är för den som drabbas av sjukdom. Det handlar om att inom omvårdnaden komma till insikt hur betydelsefull familjen är för hälsa och välbefinnande hos respektive familjemedlem. Familjen kan i många fall erbjuda mycket hjälp och stöd som den sjuke är i behov av. En familj utgör ett system vilket innebär att om en del av systemet, t.ex. en familjemedlem, drabbas av sjukdom påverkar det hela familjen. Öquists (2008) tolkning av systemteori är att det hela bygger på att se helheten, sammanhang, relationer och funktioner. Helheten är det centrala och ska alltid företräda delarna som den innehåller. Teorin bygger på att se individen och i vilka system som denne ingår i. Fokus och intresse ligger på samspelet mellan olika delar istället för dess innehåll. Om en människa drabbas av sjukdom betraktas detta som en del i en social situation, där många delar drabbas. Det kan vara betydelsefullt att kartlägga vad sjukdomen har för påverkan och funktion i sitt sammanhang, t.ex. familjen. Här påverkas hela systemet och det skapas förändringar i helheten, relationer och sammanhang, dessutom drabbas olika funktioner som finns inom systemet. Kartläggningen är viktig för att hitta nya vägar och resurser för att systemet ska fortsätta kunna fungera i sin helhet.

PROBLEMFÖRMULERING

Tidigare studier har använt sig utav kliniska mätinstrument för att bland annat beskriva sambandet mellan kärlekskramp och olika behandlingar. Det finns även studier som riktar in sig på smärtproblematiken i samband med kärlekskramp vilket inte bidrar till kunskap om sjukdomens effekter ur patientperspektivet. Vi tycker att personers upplevelse av att leva med kärlekskramp är en intressant aspekt, då det ger oss fördjupning om hur sjukdomstillståndet påverkar deras livssituation. Det är många människor som är i behov av att ändra sitt dagliga liv till följd av kronisk sjukdom eller för att de löper större risk för att utveckla sjukdom på grund av konstaterade riskfaktorer. Delmar et al. (2005) fann i sin studie att kronisk sjukdom påverkade personernas liv. Den mest grundläggande identiteten och personens sociala roller ifrågasattes. För att vi som sjuksköterskor ska kunna hjälpa och stötta människor i samband med dessa förändringar är det viktigt att vi har förståelse för deras individuella upplevelse av sjukdomen. Vi tror att ökad kunskap om personers upplevelse av att leva med kärlekskramp kan främja den patientcentrerade vårdrelationen som i sin tur kan hjälpa dessa personer att uppnå bästa möjliga nivå av fysisk, psykisk och socialt välmående.

SYFTE

Syftet är att belysa personers upplevelse av att leva med kärlekskramp.

METOD

Studien gjordes som en systematisk litteraturstudie. Det innebär att inom valt ämne eller problemområde systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa forskningsresultat. Metoden avser att utifrån tidigare genomförda empiriska studier skapa en sammanställning av data. En systematisk litteraturstudie bygger främst på resultat i vetenskapliga tidskriftartiklar (Forsberg & Wengström, 2003).

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för databassökningarna av artiklarna skulle vara relaterade till vårt syfte och vara skrivna på svenska eller engelska på grund av författarnas begränsade språkkunskaper. Sökningarna begränsades till att vara publicerade från år 1997 till 2009. Vetenskapliga artiklar som byggde på CABG (bypass-operationer), PCI (ballongvidgning) och hjärtinfarkt exkluderades eftersom de inte ansågs vara relevanta mot syftet. Sökningarna begränsades utifrån valet "peer reviewed" i sökmotorn, vilket innebär att artiklarna hade granskats av personer med erfarenhet från området, övriga artiklar exkluderades.

Databaser

Databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO valdes för att de är breda databaser inom forskning för omvårdnadsforskning. I Cinahl handlar cirka 65 % av de vetenskapliga artiklarna om omvårdnad i indexerade artiklar i form av referenser från väldigt många engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter. PubMed är en version av databasen Medline och innehåller referenser bland annat inom områdena medicin, omvårdnad och odontologi. PsycINFO innehåller referenser som innefattar psykologiska aspekter inom bland annat medicin, omvårdnad, psykiatri och sociologi (Forsberg & Wengström, 2003; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Sökningsförfarande och urval

För att utforska om det fanns tillräckligt med material att genomföra studien gjordes en översikt genom att söka på det tänkbara sökordet *angina pectoris*. Sökningarna gjordes med utgångspunkt från studiens syfte i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO (090914).

För att få en korrekt sökning valde vi att söka orden som ämnesord genom Mesh – sökverktyg. Sökningar gjordes efter ämnesorden: *angina pectoris*, *attitude*, *emotions*, *life change events* och *perception*. Det resulterade i 22 artiklar där sammanfattningen stämde överens med vårt syfte. Efter genomläsning av hela artiklarna valdes 17 artiklar bort på grund av att resultatet i artiklarna ej överensstämde med vårt syfte. Utökad sökning gjordes manuellt utifrån referenslistor i redan funna artiklar, vilket ej resulterade i några artiklar som motsvarande vårt syfte. Sökningar gjordes även på sökordet *experiences*. Dock fanns inte ordet som ämnesord i databaserna och fritextsökning resulterade inte några relevanta artiklar motsvarande syftet, vilket gjorde att sökordet valdes bort. Efter att i sökförfarandet ha sett att orden *psychosocial factors* och *well-being* fanns som nyckelord i en del relevanta artiklar utökades sökningarna med dessa ord, vilket gav ytterligare två användbara artiklar. På grund av att *psychosocial factors* och *well-being* inte fanns som ämnesord i alla tre databaser, söktes dessa sökord i fritext. Coronary disease var ett sökord som vi många gånger stötte på i sökningarna vilket gjorde att vi valde att lägga till sökordet. På grund av att coronary disease inte fanns som ämnesord i databasen PsycINFO gjordes ingen motsvarande sökning i databasen. Sökordet coronary disease resulterade inte i några användbara artiklar som vi kunde inkludera i studien. Sammanlagt lästes 27 artiklar igenom, varav sju stämde väl överens med vårt syfte. De aktuella sökorden blev till slut: *angina pectoris*, *coronary disease*, *attitude*, *emotions*, *life change events*, *perception*, *psychosocial factors* och *well-being*.

Tabell 1. Sökschema

PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
	Angina pectoris	12020	0	0	0
	Coronary Disease	64621	0	0	0
	Life change events	8295	0	0	0
	Perception	124077	0	0	0
	Attitude	118030	0	0	0
	Emotions	60664	0	0	0
	Psychosocial factors*	435313	0	0	0
	Well-being*	890007	0	0	0
	Angina pectoris AND Life change events	9	9	3	1 ⁵
	Angina pectoris AND Perception	41	41	7	0
	Angina pectoris AND Attitude	84	84	14	0
	Angina pectoris AND Emotions	78	78	17	0
	Angina pectoris AND Psychosocial factors*	343	343	35	5 ^{2,4,5,6,7}
	Angina pectoris AND Well-being*	1207	1207	41	0
	Coronary Disease AND Life change events	53	53	12	0
	Coronary Disease AND Perception	72	72	8	0
	Coronary Disease AND Attitude	529	529	27	0
	Coronary Disease AND Emotions	384	384	23	0
	Totalt				5

PsycINFO	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
	Angina pectoris	120	0	0	0
	Life changes	677	0	0	0
	Perception	76 201	0	0	0
	Attitudes	83 588	0	0	0
	Emotions	75 423	0	0	0
	Psychosocial factors*	18 071	0	0	0
	Well-being*	58 653	0	0	0
	Angina pectoris AND Life changes	0	0	0	0
	Angina pectoris AND Perception	8	8	2	1 ³
	Angina pectoris AND Attitudes	10	10	4	1 ⁴
	Angina pectoris AND Emotions	13	13	4	0
	Angina pectoris AND Psychosocial factors*	18	18	5	1 ³
	Angina pectoris AND Well-being*	9	9	1	0
	Totalt				2

Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
	Angina pectoris	2 792	0	0	0
	Coronary disease	15 111	0	0	0
	Life change events	10 217	0	0	0
	Perception	15 127	0	0	0
	Attitude	99 281	0	0	0
	Emotions	21 695	0	0	0
	Psychosocial factors*	90 638	0	0	0
	Well-being*	9 652	0	0	0
	Angina pectoris AND Life change events	20	20	2	0
	Angina pectoris AND Perception	10	10	2	1 ⁴
	Angina pectoris AND Attitude	83	83	10	1 ⁵
	Angina pectoris AND Emotions	31	31	5	1 ⁵
	Angina pectoris AND Psychosocial factors*	81	81	11	4 ^{1,4,5,6}
	Angina pectoris AND Well-being*	4	4	0	0
	Coronary Disease AND Life change events	88	88	12	0
	Coronary Disease AND Perception	32	32	2	1 ⁴
	Coronary Disease AND Attitude	452	452	24	1 ⁵
	Coronary Disease AND Emotions	178	178	16	1 ⁵
	Totalt				4

Ovan visas sökmatrix över respektive databas och antalet funna artiklar. Upphöjda siffror visar vilken artikel vi funnit i respektive sökning. *-markeringen indikerar att vi sökt sökorden i fritext. Se bilaga 1 för närmare information om respektive artikel.

Kvalitetsgranskning

För att kvalitetsgranska artiklarna använde vi oss utav granskningsmallar ur Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) för kvantitativa respektive kvalitativa artiklar (se bilaga 2). Artiklarna graderades utifrån poängsystem, där varje granskningspunkt gav ett poäng, för att se om de uppfyllde hög (100-80%), medel (79-70%) eller låg kvalitet (69-60%). I den kvantitativa granskningsmallen har frågor som riktar sig mot experimentell respektive kvasi-experimentell design valts bort. Det beror på att frågorna inte gick att tillämpa på grund av att de kvantitativa artiklarna som ingick i studien var icke-experimentella. Vi använde oss alltså utav en modifierad kvalitetsgranskningsmall för de kvantitativa artiklarna. En del frågor i mallarna krävde subjektiva bedömningar av läsaren. Varje artikel bedömdes till en början enskilt och sedan jämfördes svaren. De frågor där svaren skiljdes åt fördes en diskussion över tolkningarna, som sedan resulterade i en gemensam bedömning av kvalitén.

Dataanalys

I analysprocessen framhåller Friberg (2006) att det är viktigt att man under hela processen har litteraturstudiens syfte i minnet. Arbetet beskrivs som en process där man utgår ifrån studiernas resultat, alltså en helhet, för att sedan bryta ner dessa till mindre delar och sedan skapa ny helhet/resultat. De valda studierna läses igenom flera gånger för att få en känsla kring innehållet. Nyckelfynd i varje enskild studies resultat identifieras. Därefter görs en schematisk översikt för att kunna göra en sammanställning över studiernas resultat. Det finns olika sätt att göra sammanställningen på, t.ex. föra över nyckelfynd och noteringar på pappersark eller dator, men man bestämmer själv hur man vill gå tillväga. Det viktiga är dock att få en översikt för att kunna identifiera likheter och skillnader i de olika resultaten. Dessa likheter/skillnader skapar sedan övergripande teman. Vi valde att arbeta utifrån denna analysprocess och började med att läsa igenom artiklarna för att få en översiktlig bild av vad respektive resultatdel handlade om. De engelskspråkiga resultatdelarna översattes till svenska för att göra det hela mer lättförståeligt och lättbearbetat. Utifrån vårt syfte ställdes sedan en övergripande fråga om vad texten egentligen handlade om. Det svar vi fick, som hörde ihop med frågeställningen, markerade vi med färg. En djupare analys gjordes av den markerade texten och vi skrev noteringar i kanten om vad textinnehållet egentligen beskrev och handlade om. Noteringarna skrevs därefter upp på white-board för att få en schematisk översikt av materialet där sedan de olika resultatens noteringar jämfördes. Vi markerade de noteringar som överensstämde med varandra med hjälp av siffror. De siffermarkerade noteringarna skrevs sedan ihop på whiteboardtavla då fem grupper utkristalliserades. Efter diskussion om vad den specifika texten handlade om fann vi åtta preliminära teman. En sista översikt gjordes av de preliminära teman där vi fann ytterligare några likheter av några noteringar som sedan flyttades. De sammanförda noteringarna bildade sex slutgiltiga teman som benämndes med rubriker för vad som ansågs täckas i dem. Utifrån dessa sex teman kunde sedan vårt resultat presenteras.

Etiska överväganden

Innan vetenskapliga studier påbörjas bör det alltid göras etiska överväganden. Det ställs höga krav på forskningens kvalitet och det krävs godkännande av etisk kommitté för att få genomföra studien. Vid forskning där människor agerar som försökspersoner ska det alltid göras övervägning mellan risker och kunskapsvinster som studien eventuellt kan medföra. Det är viktigt att försökspersonerna förstått studiens villkor och lämnat godkännande innan studiens genomförande. Informanter/respondenter ska försäkras mot risken att skadas psykiskt, fysiskt och integritetsmässigt (SFS 2003:460).

Vetenskapsrådets etiska riktlinjer innefattar urvalet av försökspersoner, informationen som ges, samtycke, konfidentialitet och säker dataförvaring. Det får inte förekomma någon oredlighet i arbetet. Oredlighet innebär forskningsfusk, alltså en förvrängning av forskningsprocessen, och kan innefatta saker som förvrängning och kopiering av material. Forskaren ska föra ett noggrant forskningsarbete där resultatet till sist redovisas på ett korrekt och sanningsenligt sätt. Att redovisa allt sitt material och forskningsarbete skapar tillförlitlighet (Vetenskapsrådet, 2003). Etiskt resonemang har förekommit i samtliga artiklar ingående i denna litteraturstudie och i sex av sju framgår att studierna fått godkännande från etisk kommitté.

RESULTAT

Litteraturstudiens resultat presenteras utifrån sex teman; *Rädsla och oro*, *Förändringar och begränsningar i livet*, *Känslan av beroende*, *Förnekelse av sjukdomen*, *Rädslan för att dö* och *Osäkerhet inför framtiden*. Tema *rädsla och oro* är ett övergripande område som även återkommer i de övriga teman då många situationer i slutänden resulterar i dessa känslor.

Rädsla och oro

Tre studier visade att kärlekskrampsdrabbade personers vardag till stor del präglades av rädsla och oro. De upplevde rädsla för att få kärlekskrampsanfall och smärtan som det medförde. Smärtan upplevdes som väldigt intensiv och skrämmande. Sjukdomen skapade oroskänsla eftersom de aldrig anade när anfällen kunde komma eller hur situationen skulle fortlöpa. Oron upplevdes som ständigt överhängande psykisk belastning. Hotet som sjukdomen utgjorde resulterade i stor osäkerhet i vardagen (Erixon, Jerlock & Dahlberg, 1997; Haugbølle, Sørensen & Henriksen, 2001; MacDermott, 2002). I en studie beskrevs oroskänslan som ett orosmoment i sig eftersom den upplevdes skrämmande om den ökade i intensitet. Till sist kunde informanterna inte hantera oron och det kunde i sin tur leda till nya kärlekskrampsanfall. En kvinna i studien beskrev sin rädsla och oro som ett kaos som hon saknade medel att hantera (Erixon et al., 1997). Den psykiska påverkan kunde i vissa fall bli så pass stor att informanterna kände sig kraftigt nedslagna (Haugbølle et al., 2001). Furze, Lewin, Murberg, Bull och Thompson (2005) fann att när personer med diagnosen kärlekskramp kände oro över att få kärlekskrampsanfall drev det på risken att drabbas av depression. Furze, Lewin, Roebuck och Thompson (2001) och Furze et al. (2005) fick även i sina studier fram samband mellan oro och missuppfattningar. Missuppfattningar eller ”felaktiga” föreställningar om sjukdomen resulterade i ökad oro,

depression och minskad fysisk aktivitet. De informanter som inte hade missuppfattningar om sitt sjukdomstillstånd hade inte lika stor negativ inverkan på dessa faktorer.

Miklaucich (1998) visade i sin studie att när kvinnorna upplevde smärta som påföljd av kärlekskrampsanfall så associerade de till tidigare svåra känslomässiga upplevelser som t.ex. närståendes död, skilsmässa osv. De kunde på detta sätt mäta graden av smärta och om den var mer eller mindre allvarlig. Det fanns alltså samband mellan tidigare traumatiska upplevelser och deras process för att mäta sin smärta. När de fick kärlekskrampsanfall försökte de använda sig utav en strategi i form av avståndstagande. Försöket att ta avstånd från de känslomässiga störningarna i samband med anfallet ledde fram till att de lättare kunde behålla kontrollen över situationen. Strategin krävde alltså att kvinnorna agerade självständigt.

Rädsla och oro var även förknippat med arbetssituationen. Det fanns de som fortfarande arbetade och de som skulle tillbaka till sin anställning. Arbetet kunde innebära både stress och krav och dessa påfrestningar kunde utlösa kärlekskrampsanfall, vilket skapade både rädsla och oro. En del informanter var tvungna att gå i pension på grund av sjukdomen och det fanns även de som övervägde att gå i pension i förtid för att undvika stress på arbetet. De som skulle börja arbeta igen var oroliga över att inte kunna leva upp till kraven som ställdes på grund av sin sjukdom. Att sjukdomen inte syntes utanpå trodde de kunde vara ett problem eftersom det bidrog till mindre förståelse som i sin tur kunde leda till oöverstigligen prestationskrav (Erixon et al., 1997; Furze et al., 2001; MacDermott, 2002). I Erixon et al. (1997) studie framkom att ingen av deltagarna tidigare hade upplevt stress som ett problem men i samband med sjukdomen förändrades detta helt. Stressen kunde utlösa kärlekskrampsanfall och dessa situationer ville personerna undvika och därför blev stressen ett stort problem för dem.

Förändringar och begränsningar i livet

Att drabbas av kronisk sjukdom innebar både förändringar och begränsningar i livet. Kroppen fungerade inte på samma sätt som tidigare och det var många nya signaler som var främmande. I tre studier beskrevs det hur personerna som var drabbade av kärlekskramp var tvungna att anpassa sitt vardagliga liv på grund av sjukdomen. Det var dagsformen som avgjorde hur mycket de egentligen klarade av och det krävdes god planering av de dagliga aktiviteterna för att försöka undvika att inget oförutsett skulle inträffa. Många var resignerade över att behöva genomföra livsstilsförändringar. Den fysiska funktionen vid olika aktiviteter blev mer begränsad och många upplevde att de var tvungna att sakta ner tempot. Detta var en omställning som

innebar att utöva färre aktiviteter, ta längre tid på sig att utföra dem eller att avstå dem helt. Känslor såsom irritation och föregelse framkom i samband med dessa förändringar. Informanterna var försiktiga i utförandet av vissa aktiviteter som medförde fysisk ansträngning för att de kände rädsla för att något allvarligt kunde inträffa om de inte var aktsamma (Erixon et al., 1997; Haugbølle et al., 2001; MacDermott, 2002). Wändell, Brorsson och Åberg (2000) fann i sin forskning att personer med kärlekskramp överlag utövar mindre fysisk aktivitet i det dagliga livet jämfört med den "friska" populationen. Det fanns även skillnad mellan dem som led av svår respektive mild kärlekskramp. Personer med svår kärlekskramp utövade hälften så lite fysisk aktivitet i sitt dagliga liv jämfört med de som led av mild kärlekskramp. Personer som led av kärlekskramp var mindre belåtna med sin fysiska hälsa jämfört med den "friska" populationen. Furze et al. (2005) fick i sin studie fram att sämre fysisk funktion bidrar till ökad oro och risk för depression. Prägla vardagen av stor oro och deprimerande känslor så resulterar även detta i fysiska begränsningar. Studiens resultat visade alltså att dessa komponenter påverkade varandra.

Balansen mellan kost och motion förändrades också i samband med sjukdomen. Personerna blev i högre omfattning stillasittande och undvek fysisk ansträngning. Till följd av den ökade inaktiviteten var de oroliga för viktuppgång. De tyckte det var svårt att ändra invanda rutiner även om de var medvetna om kostens betydelse (Erixon et al., 1997).

Livet förändrades i samband med sjukdomen eftersom personerna blev påverkade av sjukdomen på olika sätt. De accepterade förändringar i dagliga livet eftersom de var medvetna om att de var nödvändiga men de förstod inte så mycket av fysiologin bakom sjukdomen. Vissa personer försökte leva sitt liv så normalt som möjligt. De lät inte sjukdomen påverka dem mer än vad som var nödvändigt även vid de tillfällen då de upplevde kärlekskrampssmärta som medförde rädsla. Andra lät istället sjukdomen styra deras vardag och identifierade sig med rollen av att vara sjuk (Furze et al., 2001; MacDermott, 2002; Miklaucich, 1998). Haugbølle et al. (2001) tar i sin studie upp att personer med kärlekskramp (21 av 123) upplevde det svårt och störande att leva med sjukdomen.

MacDermott (2002) fann i sin studie att många personer besvärades av andfåddhet vilket begränsade deras fysiska aktivitet i många sammanhang. Andfåddhet var återkommande symptom i samband med bröstsmärta. Erixon et al. (1997) fick i sin studie fram information om att informanterna kände uttalad trötthet. Innan de fick diagnosen kunde deras trötthet kopplas till

fysisk ansträngning men på grund av sjukdomen kunde de bli helt slut av obetydlig fysisk ansträngning. Många var tvungna att sjukskriva sig från arbetet på grund av trötthet och kärlekrampsmärta. Att inte ha ett arbete att gå till innebar stor förändring och dessa personer upplevde det som långtråkigt. Ytterligare begränsning var att sexlivet påverkades genom att de var rädda och oroliga för att något skulle inträffa under samlaget på grund av ansträngning som gjorde att de kunde bli dåliga.

Känslan av beroende

I samband med att personerna fick sin diagnos väcktes en hel del frågor om både sjukdomen i sig, läkemedel och hanteringen av sjukdomen. Informanterna behövde tillgång till medicinskt kunnig personal som de kunde kontakta för att få svar på sina frågor och funderingar. Tätheten i kontakten varierade eftersom de hade olika behov av råd och information. Som säkerhetsåtgärd upplevde de kärlekrampsjuka behov av medicinsk sakkunskap på grund av att de kände rädsla för att de hade otillräcklig kunskap om de läkemedel som de var beroende av. Många hade helst velat vara utan läkemedel men ansåg det som ett nödvändigt måste. Rädsla fanns för att något allvarligt skulle hända om de struntade i att ta den. Övervägning av att hoppa över kärlekrampsmedicinen existerade inte som det däremot gjorde med t.ex. antacida läkemedel (Erixon et al., 1997; Haugbølle et al., 2001; MacDermott, 2002). Haugbølle et al. (2001) fann i sin forskning även att de (45 av 123) upplevde läkemedel som bra och naturligt som de inte tänkte eller brydde sig speciellt mycket om. Erixon et al. (1997) fann att många personer använde sömnmedel för att kunna sova på nätterna vilket ledde till rädsla för läkemedelsberoende och för att kanske inte vakna upp dagen efter.

Många personer hade förståelse för att vara beroende av läkemedel, även om det kanske innebar biverkningar. De förstod att läkemedlen var bra för att kontrollera symtom, motverka smärta och även för att kunna utöva olika aktiviteter. Medicineringen ingick därför som en viktig del i vardagen. De trodde och hoppades att läkemedelsbehandlingen i kombination med minskad stress skulle leda till att sjukdomen inte försämrades (Erixon et al., 1997; MacDermott, 2002). Ett par personer (12 av 123) var däremot negativa till läkemedel och tyckte att det var gifter som de intog. De upplevde även osäkerhet på grund av möjliga biverkningar (Haugbølle et al., 2001).

Samtliga informanter i en av studierna upplevde beroende av att deras närstående anpassade sig efter deras förmåga att delta i det dagliga livet eftersom det varierade från dag till dag. De

upplevde att deras autonomi påverkades av detta. De kände sig även beroende av vädret eftersom det begränsade deras aktiviteter då kyla, värme eller blåst kunde utlösa kärlekskrampsanfall (Erixon et al., 1997).

Förnekelse av sjukdomen

Informanterna kände förlust och saknad över förlorad kraft och tidigare fysisk hälsa som var opåverkad av sjukdom (Erixon et al., 1997; MacDermott, 2002). Många var förvånade över att ha drabbats av sjukdomen och blev chockade när de fick diagnosen. Flertalet av personerna med kärlekskramp var osäkra på vad som kunde ligga till grund för att de fått sjukdomen och vissa trodde att det berodde på stress eller att de hade överansträngt sitt hjärta. Några personer hade lite kunskap och även felaktig kunskap om riskfaktorerna för kärlekskramp och trodde därför aldrig att de låg i riskzonen (Furze et al., 2001; MacDermott, 2002). Furze et al. (2001) och Furze et al. (2005) visade genom sin forskning att det fanns de personer som hade missuppfattningar om sjukdomen och gällande hanteringen av sjukdomen. Det visade sig genom att de upplevde sig tvungna att undvika kärlekskrampssmärta på alla sätt, t.ex. genom att alltid ta det lugnt och långsamt, vila och undvika stress.

Många personer upplevde känslomässiga reaktioner på sjukdomssituationen. Kvinnorna upplevde sorg över situationen och saknad över vad de förlorat, medan männen upplevde ilska och förvåning över att de blivit drabbade. En del uttryckte även förnekande känslor om sjukdomen, som t.ex. att hjärtat var sjukt men inte personen i sig (Erixon et al., 1997; Miklaucich, 1998).

Rädslan för att dö

De kärlekskrampsdrabbade personerna kände stark oro för sina anhöriga. Det förekom tankar om hur närstående var i stånd att hantera situationen i fall de plötsligt skulle dö. De undvek att prata om sjukdomen, smärtan samt rädslan och oron som medförde. Det var otänkbart att lägga över sina känslor på sina närstående och därför höll de inne med att visa sin oro och rädsla (Erixon et al., 1997). Vardagen präglades också av ångestkänslor. Att leva med kronisk sjukdom skapade känslor av ovisshet och hot för överlevnad, vilket skapade rädsla. I samband med dramatiska symtom blev tankar och känslor inför döden mer påtagliga och många av personer med kärlekskramp använde begreppet ångest för att beskriva dessa upplevelser (Erixon et al., 1997; Miklaucich, 1998).

Osäkerhet inför framtiden

Många personer ville hitta tillbaka till sina normala liv och hoppades att sjukdomen skulle hålla sig stabil. Det fanns också känslor i form av osäkerhet och ovisshet inför framtiden. Vetenskapen om att många andra människor dött i förtid på grund av hjärtsjukdom gjorde inte att de kärlekskrampsjuka förväntade sig att råka ut för samma sak. Det fanns rädsla för att planera i för långt tidsperspektiv på grund av att nuet upplevdes som osäkert (Erixon et al., 1997; MacDermott, 2002; Miklaucich, 1998). MacDermott (2002) fann att några personer var ovetande om risken för hjärtinfarkt. De kände människor som haft hjärtinfarkt men de associerade inte till att kärlekskrampen kunde leda till samma allvarliga tillstånd. Oroskänslan hos personerna med kärlekskramp var tillräckligt stor för att de skulle ta den medicinska behandlingen för kärlekskrampsanfallen på allvar, men på det stora hela var den långsiktiga prognosen okänt område som de inte hade funderat mycket kring. De förväntade sig att sjukdomen skulle fortsätta påverka deras liv men hoppades att inte behöva bli sämre och dessutom slippa ändra sin livsstil i allt för stor utsträckning (Erixon et al., 1997; MacDermott, 2002).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att ta del av den senaste publicerade forskningen beslutade vi oss för att begränsa artikelsökningen till tio år bakåt i tiden. Sökningarna gav fyra relevanta artiklar utifrån vårt syfte. Därför togs beslutet att ändra inklusionskriteriet till ytterligare två år i sökningen, alltså 1997-2009, som resulterade i ytterligare en artikel. Vi anser att utökningen av år inte påverkade studiens resultat eftersom upplevelsen av att leva med kärlekskramp inte skiljer sig något markant i tidsperspektiv. Vi valde att endast inkludera svenska- och engelskspråkiga vetenskapliga artiklar på grund av författarnas begränsade språkkunskap. Många träffar inkluderade artiklar på andra språk t.ex. japanska, ryska, portugisiska, spanska och franska. Därav kan vi ha missat forskning som var relevant för vårt syfte.

Eftersom vårt material bara bestod av fem artiklar utökades även sökorden under artikelsökningens gång. Vi ansåg att resultatdelen från fem artiklar inte innehöll tillräckligt med material för analys till litteraturstudien. I den nya utökade sökningen återkom många artiklar som vi hittat i tidigare sökning men vi fann ytterligare två artiklar som kunde inkluderas i studien som till sist omfattade sju artiklar. Återkommande artiklar ansåg vi vara bevis på att mättnad uppnåtts i våra sökningar. I databaserna fanns inte alla sökord inlagda som ämnesord (mesh-

term, thesaurus). I databasen PsycINFO upptäckte vi detta problem när vi skulle använda sökordet "coronary disease" som ämnesord. Därför beslutade vi att utesluta denna utökade sökning i databasen PsycINFO. Bristen på likvärdiga ämnesord och vår uteslutning av sökning kan ha bidragit till att vi möjligen kan ha missat något material. Dock var det många återkommande artiklar i denna sökning vilket visade viss mättnad även här. Under den översiktliga artikelsökningen för att se mängden artiklar om ämnet upptäckte vi att vårt forskningsområde om just upplevelsen av att leva med kärlekskramp var begränsat. Det hindrade oss inte utan sporrade till att istället fortsätta men med utökade inklusionskriterier. Den omfattande och noggranna artikelsökningen stärker trovärdigheten i denna litteraturstudie. Begränsningen inom vårt forskningsområde anser vi var orsak till svårigheten i att hitta material som överensstämde med vårt syfte.

Bedömningen om artiklar var relevanta eller ej gjordes i första hand genom att läsa artiklarnas titlar. Vissa titlar var inte så väl beskrivande av ämnet men vid närmare läsning av abstract och även av hela artiklar så kunde de bedömas om de svarade an mot vårt syfte. I och med noggrann genomgång av sökträffar så tror vi inte att vi har missat något relevant material. Kvalitetsgranskningen gjordes utifrån kvalitativ respektive kvantitativ granskningsmall då båda studiedesignerna förekom i studien. De två kvantitativa artiklarna som ingick i studien var icke-experimentella. Eftersom den kvantitativa granskningsmallen huvudsakligen var inriktad på experimentell/kvasi-experimentell design medförde det att vi fick modifiera mallen. Det kan ha bidragit till bristfällig granskning av artikelns kvalitet eftersom mallen och frågorna som den innehöll inte var lika omfattande som "ursprungsmallen" (maxpoäng=10, ursprunglig mall maxpoäng=16). Vi anser inte att detta hade någon betydelse eftersom vi ändå kunde genomföra en godtagbar kvalitetsgranskning. Det kan också nämnas att många frågor krävde subjektiv bedömning och där vår erfarenhet av kvalitetsgranskning är knapp.

Två av de sju inkluderade artiklarna var skrivna av samma författare. Vi såg detta som en fördel eftersom forskare som fått flera studier publicerade förmodas ha erfarenhet av forskning vilket vi ansåg styrker resultatet i vår litteraturstudie.

När det gäller kvalitativ forskning är det en stor utmaning att försöka analysera, tolka och beskriva dess innehåll. Det innebär arbete med stor mängd data och att göra detta förståeligt för att sedan minska volymen information och kunna se vissa mönster i texten. Processen är viktig för att kunna få fram kärnan i innehållet som sedan ska presenteras i resultatet (Fors-

berg & Wengström, 2003). Dataanalysen innebar alltså för oss noggrann granskning av artiklarnas resultat. Vi var väl inlästa på artiklarna och vårt arbetssätt att skriva upp materialet på white-boardtavla gjorde att vi fick överblick och distans till noteringarna som gjorde materialet mer lättbearbetat. Överblicken över materialet öppnade även upp bra diskussion mellan oss författare som ledde till att vi tillsammans lättare kunde identifiera innehållet i texten och skapa teman. I samband med bildandet av olika teman visste vi då vad samtliga noteringar betydde och därmed kunde göra bra indelning av materialet. Noggrannheten i analysen av artiklarnas resultat stärker tillförlitligheten i denna studie. Redovisning av samtliga steg under analysarbetet ger utmärkt överförbarhet.

Under dataanalysen framkom sex olika teman. *Rädsla och oro* var ett eget tema men som vi även beskrev som ett övergripande område på grund av att övriga temans innehåll i slutänden kunde resultera i dessa känslor. De övriga teman bygger alltså inte i grund och botten på rädsla och oro utan berör andra aspekter av upplevelser av att leva med kärlekskramp. Vi tror att det valda ämnet är orsaken till att känslorna rädsla och oro är återkommande. Personer med kärlekskramp upplever stor rädsla i förhållande till sjukdomen och detta speglar då även deras vardag.

Resultatdiskussion

Litteraturstudies syfte var att belysa personers upplevelse av att leva med kärlekskramp och sammanställningen visade att rädsla och oro var den mest framträdande upplevelsen (Erixon et al., 1997; Furze et al., 2001; 2005; Haugbølle et al., 2001; MacDermott, 2002; Miklaucich, 1998; Wändell et al., 2000). Det framgick även att många upplevde stress och krav från arbetsplatsen som påverkade deras sjukdom negativt (Erixon et al., 1997; Furze et al., 2001; MacDermott, 2002). De flesta personer upplevde också förändringar och begränsningar i livet i samband med att leva med kronisk sjukdom. De upplevde stora begränsningar vid fysisk aktivitet och att de behövde anpassa sig efter sjukdomen (Erixon et al., 1997; Haugbølle et al., 2001; MacDermott, 2002). De blev mer stillasittande vilket skapade oro för viktuppgång (Erixon et al., 1997). I resultat framgick även att många informanter upplevde sig beroende av medicinen (Erixon et al., 1997; Haugbølle et al., 2001; MacDermott, 2002). De blev också beroende av anhörigas förståelse eftersom deras välmående varierade från dag till dag (Erixon et al., 1997).

Rädsla för stress

Fynden i denna litteraturstudie visar att stress är en faktor som de flesta personer med kärlekskramp upplevde rädsla för. Rädsla för att stress skulle utlösa kärlekskrampssmärta och att de behövde undvika stress på grund av att sjukdomstillståndet inte skulle försämrans (Erixon et al., 1997; Furze et al., 2001; MacDermott, 2002). Detta anser vi kan vara orsakad av att stress är en faktor som påverkar oss människor i olika utsträckning och på olika sätt. Att en del människor kunde hantera sin stress och olika påfrestningar medan vissa inte klarade av det, kunde vara en faktor till att vissa personer upplevde rädsla för stress. I vårt resultat fann Erixon et al. (1997), Furze et al. (2001) och MacDermott (2002) i sina studier att många personer förknippade rädsla och oro med arbetsplatsen på grund av att arbetet innebar både stress, krav och påfrestningar. Det visade sig också att många trodde att deras sjukdom inte skulle försämrans om de undvek stress, medan ett fåtal personer inte reflekterade så mycket över det (Erixon et al., 1997; MacDermott, 2002; Miklaucich, 1998). Detta stödjer vårt resonemang om att det skiljer sig mellan hur människor hanterar stress och påfrestningar, och att stress påverkar oss olika. Vilket gör att en del människor upplever rädsla för stress på grund av att de har svårt för att hantera känslan och anpassa sig efter situationen. Även Dotevall (1988) och Perski (1999) stödjer vårt resonemang genom att det är när vi inte kan anpassa oss till stressen som den kan bli skadlig för oss. Enligt Perski (1999) finns det människor som trots att de utsatts för stora krav och påfrestningar sällan känner sig stressade. Stress kan vara skadligt men man kan lära sig att hantera känslan eftersom det är en del av livet. Vi fann i vårt resultat att en del personer upplevde stress på arbetet och att de var rädda för att inte klara av kraven och då inte kunna fortsätta arbeta (Erixon et al., 1997; Furze et al., 2001; MacDermott, 2002). Att inte kunna fortsätta med sitt arbetsliv innebär stora förändringar, vilket i sin tur kan leda till stress. Tamm (2002) stödjer detta resonemang i den sekundära stressen, vilket innebär att sjukskrivningar som är långvariga kan vara oerhört stressande. Grunden för skadlig stress är då inte den påtvingande långvariga hyperaktiviteten i arbetslivet utan den påtvingade långvariga inaktiviteten som istället är orsaken.

Vi fann att kärlekskrampen medförde att personerna blev begränsade vid vissa aktiviteter som ledde till att de ansåg sig tvungna att göra vissa förändringar i sitt dagliga liv. Deanfield et al. (1983) fann i sin forskning att 15 av de 16 deltagarna kände av sin kärlekskramp vid ansträngning och vid mental stress var det fyra stycken. Detta stärker vårt resultat där personer upplevde begränsningar på grund av sin sjukdom i och med att vissa aktiviteter kunde utlösa kärlekskrampsanfall (Erixon et al., 1997; Haugbølle et al., 2001; MacDermott, 2002).

Hälsa vid kronisk sjukdom

Händelser i livet påverkar oss alla olika och vi hanterar dessa situationer på olika sett. Det är viktigt att ha det i åtanke vid kontakt med personer med kärlekskramp. För att kunna frambringa positiv inställning och energi hos kroniskt sjuka personer är det viktigt att visa positiv anda och inställning i mötet med dessa människor. Enligt Wright, Watson och Bell (2002) är det personens föreställningar om ohälsa/sjukdom som bidrar till upplevelsen av tillståndet. Oavsett vilket sjukdomstillstånd det handlar om så upplever aldrig två människor ohälsa/sjukdom på samma sätt. Det är just det unika i individens upplevelse som gör att vissa människor inte låter ohälsan/sjukdomen påverka deras liv utan att de istället kan nå ut till och inspirera omvärlden.

I vårt resultat fann vi att de flesta personer med kärlekskramp var tvungna att anpassa sitt vardagliga liv på grund av sjukdomen, och att många var uppgivna över att de behövde genomföra livsstilsförändringar. Dagsformen avgjorde hur mycket de klarade av och den fysiska funktionen vid olika aktiviteter blev mer begränsad (Erixon et al., 1997; Haugbølle et al., 2001; MacDermott, 2002). Enligt Lewin (1997) är tron på hälsa och sjukdomsattribuering, d.v.s. uppfattning om orsaken till sina besvär, relaterade till personens aktivitetsnivå och sjukdomsbeteende. Fysiska begränsningar kan påverka personens upplevelse av hälsa. Om vi som vårdpersonal visar positiv inställning kanske även de patienter som vi möter blir mer positivt inställda till livsstilsförändringar och lättare kan genomföra dem, vilket kan gynna upplevelsen av hälsa. Genom att använda sig av MI-modellen (motiverande samtal) kan vi som sjuksköterskor hjälpa dessa personer att göra förändringar i sitt dagliga liv. MI-modellen är en alternativ samtalsmetod som bygger på att skapa motivation till förändring hos personen i fråga (Barth & Näsholm, 2006).

Enligt Rydén och Stenström (2000) uppstår det fysiologisk obalans i kroppen och den psykologiska jämvikten kommer i gungning när man drabbas av allvarlig sjukdom. Det kan i sin tur orsaka så kallad personlig hälsokris. Hälsokriser innebär att man konfronteras med svåra känslor och problem där individen måste finna olika psykologiska anpassningsstrategier för att hantera och övervinna både kortsiktiga och långsiktiga svårigheter. Individen måste hantera och anpassa sig till en helt ny livssituation, en situation som vederbörande inte har några tidigare personliga erfarenheter av. Det väcks frågor och funderingar där vederbörande måste försöka finna balans mellan personlig och socialt tillfredställande och att behöva be om hjälp och att ta eget ansvar. Det kan uppstå svårigheter när människor drabbas av allvarlig kronisk

sjukdom eftersom det kan medföra livsstilsförändringar, vilket även kan leda till känsla av osäkerhet hos personen. I vårt resultat fann vi att personer med kärlekskramp var både negativa och positiva till livsstilsförändringar vilket kan bero på att det varierade hur pass omfattande dessa förändringar var för varje person. Det kan vara svårt att acceptera och vänja sig vid kronisk sjukdom i och med att det uppstår en ny situation för den drabbade. Delmar et al. (2005) fann i sin studie att vara i harmoni med sig själv kunde gälla att vänja sig vid att leva med sin nya situation. Vänja sig vid något kunde innebära att förena sig med ohälsa och sjukdom och att acceptera sjukdom som en del av sig själv. Det kunde dock vara svårt att acceptera och vänja sig vid ett kroniskt tillstånd som innebar begränsningar i livet, vilket stödjer vårt resonemang. Det finns olika patientföreningar som kan ge trygghet och stöd i samband med upptäckt sjukdom. Hjärt- och lungsjukas riksförbund är en av dem som ger tillgång till att träffa andra i liknande situation och lära sig mer om sin sjukdom. De erbjuder bland annat hjälp med livsstilsförändringar, studiecirklar, samtalsgrupper, motionsgrupper och en mängd andra aktiviteter (Hjärt- och Lungsjukas riksförbund, 2009).

Tamm (2002) tar upp att när en familjemedlem drabbas av sjukdom måste alla i familjen lära sig att leva med den osäkerhet som sjukdomen innebär. Hos både personer med kärlekskramp och dess anhöriga finns osäkerhet och otrygghet i samband med att den sjuka kan få hjärtinfarkt till följd av sin kärlekskramp. Det skapar osäkerhet och ovisshet hos drabbade gällande framtiden och även gentemot sina anhöriga. I resultatet fann vi att kärlekskrampssjuka personer upplevde rädsla och oro för sina anhöriga och att de hade funderingar kring hur de skulle hantera situationen om en plötslig död skulle inträffa (Erixon et al., 1997).

Öquist (2008) förklarar att i samband med diagnossättning för att fastslå problem får det aktuella problemet en gestalt som gör det hela mer gripbart för den drabbade. Tidigare färdiga uppgjorda program sätts in för sjukdomsbehandling istället för att utgå ifrån just den drabbade individen och hur diagnosen påverkar dennes system. Wright och Leahey (2005) stärker detta resonemang genom att i samband med diagnossättning av kronisk sjukdom sker det förändringar inom familjen. Förändringarna innebär något nytt som inte existerade innan diagnosen. För att den drabbade ska klara av sjukdomsprocessen och försöka leva vidare med livet är det värdefullt för denne att få information om hur sjukdomseffekterna påverkar hela familjen. Familjen upplever förlust av kontroll och rädsla när en familjemedlem drabbas av allvarlig sjukdom. Det är i denna situation viktigt att sjuksköterskan hjälper familjen att tackla sina känslor och väcka hopp hos familjen så att de lättare kan hantera situationen. Sjuksköterskan

kan erbjuda åtgärder som kan vara inriktade på att befrämja, upprätthålla eller förbättra funktioner inom familjens olika områden. Det är dock viktigt att tänka på att förändring inom ett område inverkar även på de övriga. Hur pass beredd familjen är på att öppna upp sig för intervention grundar sig på genetiska faktorer och även familjemedlemmarnas tidigare interaktionsmönster. Sjuksköterskan bör besitta förmågan att försöka stimulera familjen till reflektion över hälsoproblemen som förekommer. I interventionsfasen är det viktigt att sjuksköterskan väljer de omvårdnadsåtgärder som bäst passar för den enskilda familjen.

Ur systemteoretiskt perspektiv ses sjukdom som en del i en helhet. Det är däremot lätt att fokusera på individens problematik istället för att se situationen ur ett helhetsperspektiv (Öquist, 2008). I anslutning till teorin tror vi det är viktigt att fokusera på helheten, alltså både den kärlekskrampssjuka och dennes familj, snarare än enbart individen. Det ger stora möjligheter till att upptäcka viktiga resurser om man lägger tid på att identifiera personens sociala nätverk och system. Upptäckt av sammanhang och mönster kan ge möjlighet till nya perspektiv på olika handlingsalternativ i samband med sjukdom. Funna resurser inom en familj kan bidra till ökat välbefinnande hos alla familjemedlemmar. Det bidrar till att man lättare lär sig att leva med den nya situationen som den kroniska sjukdomen medför.

Vi har i denna litteraturstudie kunnat påvisa att personer med kärlekskramp upplever rädsla och oro i samband med sin sjukdom. Utifrån detta resultat tycker vi att det är viktigt att ta deras upplevelse av rädsla och oro på allvar och hur detta i sin tur påverkar deras livssituation. Det är av stor vikt att det sker preventiv forskning om vad man ska göra för att motverka att inte drabbas av kärlekskramp. Dessutom är det viktigt att det sker ny forskning kring patientperspektivet. Hur dessa personer upplever sin sjukdom är av stor betydelse eftersom det är deras behov för att kunna uppnå hälsa som ska tillgodoses. Kunskapen som frambringas tror vi kan ha positiv effekt på rehabiliteringen vid kranskärlessjukdom.

Slutsats

Litteraturstudien visade att hela livssituationen påverkades av att bli drabbad av kärlekskramp. Kronisk sjukdom, anpassning av daglig aktivitet, sorg över förlorad kraft och oviss framtid präglade de kärlekskrampsdrabbade personernas vardag vilket gjorde att de upplevde både rädsla, oro och ångest. Med tanke på vad resultatet visade tror vi att dessa personer har behov av stödande samtal och att de får hjälp med att kunna hantera livsstilsförändringarna som sjuk-

domen medför. I samband med kronisk sjukdom är råd och hjälp viktiga faktorer för att kunna bibehålla maximal fysisk, psykisk och socialt välmående. För att kunna ge bra vård är det grundläggande att det finns förståelse för dessa personers upplevelser. Vi anser att möjligheten att motverka kroniska ångesttillstånd ökar om insatser sätts in i tidigt skede.

I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (socialstyrelsen, 2005) framgår det att sjuksköterskans arbete ska präglas av helhetssyn och hennes uppgift innebär att försöka tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov. Hon ska ge stöd och vägledning, samt ge möjlighet till optimal delaktighet i vården. Om behov föreligger ska sjuksköterskan motivera förändring av livsstilsfaktorer i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa. Vi anser att sjuksköterskans arbetssituation, som innebär nära patientarbete, gör att hon befinner sig i en roll som skapar förutsättning att kunna förstå personens/patientens sjukdomsupplevelse. Genom att lyssna och dela dessa upplevelser kan sjuksköterskan försöka framhäva och stärka patientens hopp, emotionella, andliga och sociala resurser. Det är viktigt att identifiera dessa personers behov av information för att kunna tillgodose dessa. Stor vikt bör också läggas vid att lindra patientens känsla av oro, rädsla och ångest. Vi tycker det grundläggande målet är att sjuksköterskan både genom sitt medicinska och omvårdnadskunnande försöker bidra till att dessa personer, som ofta befinner sig i patientrollen, upplever bästa möjliga välbefinnande.

REFERENSLISTA

- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Billing, E. (2000). *Psykosociala perspektiv på kranskärlssjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Deanfield, J. E., Selwyn, A. P., Chierchia, S., Maseri, A., Ribeiro, P., Krikler, S. & Morgan, M. (1983). Myocardial ischemia during daily life in patients with stable angina: It's relation to symptoms and heart rate changes. *The Lancet*, 322, 753-758.
- Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., Sønder, H. & Pedersen, B. D. (2005). Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness. *Scand J Caring Sci*, 19, 204-212.
- Dotevall, G. & Dotevall, S. (1988). *Hälsa och stress: Stress och sjukdom*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Erixon, G., Jerlock, M. & Dahlberg, K. (1997) Upplevelser av att leva med kärlekskramp. *Vård i Norden*, 17, 34-38.
- Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Furze, G., Lewin, R. J. P., Roebuck, A. & Thompson, D. R. (2001). Attributions and Misconceptions in Angina: An Exploratory Study. *Journal of Health Psychology*, 6, 501-510.
- Furze, G., Lewin, R. J. P., Murberg, T., Bull, P. & Thompson, D. R. (2005). Does it matter what patients think? The relationship between changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional status. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 323-329.

Grefberg, N. & Johansson, L-G. (2007) *Medicinboken*. Stockholm: Liber AB.

Haugbølle, L. S., Sørensen, E. W. & Henriksen, H. H. (2001). Medication- and illness-related factual knowledge, perceptions and behaviour in angina pectoris patients. *Patient Education and Counseling*, 47, 281-289.

Hjärt- och Lungsjukas riksförbund. (2009). [Elektronisk], Stockholm. Tillgänglig: <<http://www.hjart-lung.se/>>. [2009-09-20].

MacDermott, A.F.N. (2002). Living with angina pectoris – a phenomenological study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 265-272.

Miklaucich, M. (1998). Limitations on life: women's lived experiences of angina. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1207-1215.

Norberg, M. & Danielsson, M. (2009). Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. *Folkhälsorapport*. Socialstyrelsen.

Perski, A. (1999). *Det stressade hjärtat*. Stockholm: Brombergs.

Peterson, E. (2007). The burden of angina pectoris and its complications. *Clinical Cardiology*, 30, 10-15.

Rydén, O. & Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi: Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. [Elektronisk], Stockholm: Utbildningsdepartementet. Tillgänglig: <<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003%3A616>>. [2009-10-06].

Socialstyrelsen, (1998). Om kärlekskramp, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, arytmier. *Nationella riktlinjer för kranskärlsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk], Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf>. [2009-11-06].

Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. [Elektronisk], Uppsala: Almqvist & Wiksell. Tillgänglig: <http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf>. [2009-10-05].

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wright, L.M. & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families. A guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Wright, L. M., Watson, W. L. & Bell, J. M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Wändell, P.E., Brorsson, B. & Åberg, H. (2000). Functioning and well-being of patients with type 2 diabetes or angina pectoris, compared with the general population. *Diabetes & Metabolism*, 26, 465-471.

Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken – konsten att lösa problem och nå resultat*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

BILAGA 1

Nr.	Författare, år, land	Tidskrift/titel	Syfte	Urval/Metod	Resultat	Kvalitet
1.	Erixon, G., Jerlock, M. & Dahlberg, K. År: 1997 Land: Sverige	<i>Vård i Norden.</i> Upplevelser av att leva med kärll- kramp.	Syftet med studien var att beskriva upplevelser av att leva med kärll- kramp.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. 9 personer med diagno- sen kärllkramp deltog. Datainsamling gjordes genom ostrukturerade intervjuer. Bandspelare användes och intervjuer- na transkriberades före analys.	Personerna med kärllkramp upplevde trötthet och sorg över en förlorad kraft. Var- dagen förändrades och de kände rädsla, oro och ångest för vad som skulle hända i framtiden. De upplevde även att kärllkrampssymto- men satte gränser för krop- pens funktionsförmåga, vil- ket påverkade hela livssitua- tionen.	Hög
2.	Furze, G., Le- win, R.J.P., Murberg, T., Bull, P. & Thompson, D.R. År: 2005 Land: Storbri- tannien	<i>Journal of Psycho- somatic Research.</i> Does it matter what a patient think? The relationship be- tween changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional sta- tus.	Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan missanpassade och missuppfattande föreställningar om angi- na och personens fysiska och psykiska status.	Kvantitativ studie. 105 personer med diagnosen kärllkramp besvarade en enkät. Svaren poängsat- tes utifrån en speciell skala.	Resultatet av studien visade att det fanns ett starkt sam- band mellan vad personer hade för föreställningar om sin sjukdom och det kliniska resultatet. Personerna mådde bättre i de avseenden då föreställningarna om sjuk- domen var reducerade.	Hög

BILAGA 1

Nr.	Författare, år, land	Tidskrift/titel	Syfte	Urval/Metod	Resultat	Kvalitet
3.	Furze, G., Lewin, R.J.P., Roebuck, A. & Thompson, D.R. År: 2001 Land: Storbritannien	<i>Journal of Health Psychology.</i> Attributions and Misconceptions in Angina: An Exploratory Study.	Studiens syfte var att utforska upplevelsen av att leva med angina pectoris, med fokus på eventuella utmärkande drag och missuppfattningar.	Kvalitativ studie med strategiskt urval. 20 personer deltog i semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades före analys. Alla deltagarna led av kärlkramp.	Studien visade att människor som led av angina eventuellt hade missanpassade föreställningar om sjukdomen. Det framkom även att det krävs mer forskning inom området för att förstå vilken effekt dessa föreställningar har på människans livskvalitet och sjukdomsupplevelse.	Medel
4.	Haugbølle, L.S., Sørensen, E.W. & Henriksen, H. H. År: 2001 Land: Danmark	<i>Patient Education and Counseling.</i> Medication- and illness-related factual knowledge, perceptions and behaviour in angina pectoris patients.	Syftet med studien var att utforska personens kunskap beträffande kärlkramp och medicinanvändning, samt upplevelsen av själva sjukdomen.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. 123 personer deltog. 75 män, 48 kvinnor. Alla hade sjukdomstillståndet kärlkramp.	Resultatet i studien visade att personernas kunskap om sjukdomen, förebyggande åtgärder och medicinens funktion var relativt låg. Det framkom även att personerna hade olika upplevelser av hur det är att leva med sjukdomen och behovet av medicinen.	Medel

BILAGA 1

Nr.	Författare, år, land	Tidskrift/titel	Syfte	Urval/Metod	Resultat	Kvalitet
5.	Macdermott, A.F.N. År: 2002 Land: Storbri- tannien	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing. Living with angina pecto- ris - a phenomeno- logical study.</i>	Syftet med studien var att beskriva hur det är att leva med kärlekskramp.	Kvalitativ studie med en fe- nomenologisk/hermeneutisk ansats. 7 personer med dia- gnosen kärlekskramp deltog i ostrukturerade intervjuer. Intervjuerna bandinspelades.	Personerna var förvånade över att ha utvecklat angina pectoris. De blev tvungna att genomföra livsstilsföränd- ringar p.g.a. sjukdomens effekter, t.ex. "sakta ner på tempot". Vid ansträngning kände de ibland rädsla för att något allvarligt skulle inträffa.	Medel
6.	Miklaucich, M. År: 1998 Land: Eng- land	<i>Journal of Ad- vanced Nursing. Limitations on life: women's lived ex- periences of angina.</i>	Syftet med denna studie var att utforska och be- skriva upplevelsen hos kvinnor som led av kär- lekskramp.	En kvalitativ fenomenologisk studie som bygger på groun- ded theory. Åtta kvinnor del- tog i studien. Intervjuer band- inspelades och dagbok fördes av kvinnorna.	Sex stycken teman identifie- rades. Varje tema represen- terade ett steg i den anpass- ningsprocess som skedde mellan att bli sjuk och att acceptera begränsningar i livet.	Hög

BILAGA 1

Nr.	Författare, år, land	Tidskrift/titel	Syfte	Urval/Metod	Resultat	Kvalitet
7.	Wändell, P.E., Brorsson, B. & Åberg, H. År: 2000 Land: Sverige	<i>Diabetes & Metabolism.</i> Functioning and well-being of patients with type 2 diabetes or angina pectoris, compared with the general population.	Syftet med studien var att jämföra livskvalitén hos personer med typ 2 diabetes eller kärlkramp med standard- populationen.	Kvantitativ studie. 266 personer med typ 2 diabetes, 758 med mild kärlkramp, 908 med svår kärlkramp och 1126 friska människor var inkluderade. De svarade på en enkät som sedan poängsattes utifrån en speciell skala.	Personerna med typ 2 diabetes utan hjärtsjukdom hade en mindre påverkan på den hälso-relaterade livskvalitén, medan det hade en större påverkan hos personer med hjärtsjukdom.	Medel

BILAGA 2

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

Relevant? Ja Nej Vet ej

Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

datainsamling tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

BILAGA 2

Kommentar

.....

.....

Granskare (sign)

BILAGA 2

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

RCT CCT (ej randomiserad)

Multicenter, antal center

Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention

.....

Vad avsåg studien att studera?

D.v.s. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

.....

Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja Nej

Representativt urval?

Ja Nej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?

Ja Nej

Bortfallsstorleken beskriven?

Ja Nej

Adekvat statistisk metod?

Ja Nej

Etiskt resonemang?

Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida?

Ja Nej

Är instrumenten reliabla?

Ja Nej

Är resultatet generaliserbart?

Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

.....

.....

.....

BILAGA 2

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

.....

Granskare (sign)