



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom

En kvalitativ litteraturöversikt

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*

FÖRFATTARE: *Nicolina Sepuka & Alexander Kellett*

HANDLEDARE: *Therese Karlsson*

JÖNKÖPING 2019 Januari

Sammanfattning

Bakgrund: Depressiva symtom kännetecknas av nedstämdhet, ångest och oro. Depressiva symtom utlöses många gånger i samband med svåra händelser i livet. Att drabbas av en hjärt- och kärlsjukdom är nästan alltid en traumatisk upplevelse för den drabbade personen. Sambandet mellan depressiva symtom och sjukdomar i hjärta och kärl är väldokumenterat. För att kunna utföra god omvårdnad av denna patientgrupp krävs det att vårdpersonal har insikt i patientens upplevelse av situationen.

Syfte: Att beskriva personers upplevelser av att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom.

Metod: En litteraturöversikt med induktiv ansats av tio artiklar genomfördes för att skapa underlaget för två huvudteman samt fyra subteman som resultatet baserades på.

Resultat: De två huvudtemana som skapades var *Sociala förluster* och *Socialt stöd*. För personer som insjuknat i hjärt- och kärlsjukdom och samtidigt lider av depressiva symtom uppfattas livet många gånger som meningslöst, stödet från vårdpersonal och familjen är avgörande för att bilda en känsla av meningsfullhet.

Slutsats: Genom att medvetandegöra vårdpersonal om upplevelserna från de vårdsökande personerna så utökas deras förståelse för de vårdsökande personernas situation och kvalitén på vården de kan erbjuda.

Nyckelord: Depressiva symtom, hjärt- och kärlsjukdom, upplevelse, kvalitativ

To live with depressive symptoms at cardiovascular disease – A qualitative literature review

Summary

Background: Depressive symptoms is a characterized by persistent dysphoria and anxiety. Depressive symptoms are often triggered by difficult life events. To suffer from a heart or vascular disease is nearly always a traumatic experience for the affected person. The relationship between depressive symptoms and cardiovascular disease is well documented. In order to be able to provide good nursing with this patient group, nurses need insight into the patient's experience of the situation.

Aim: To describe patients' experience of living with depressive symptoms and cardiovascular disease.

Method: A literature review with an inductive approach of ten qualitative articles was conducted to create the basis for two main categories and four subcategories on which the result was based.

Result: The two main themes that were created were *A sense of loss* and *A sense of meaningfulness*. For people suffering from cardiovascular disease and at the same time suffer from depressive symptoms, life is often perceived as meaningless. The support from healthcare professionals and the family is crucial to form a sense of meaningfulness.

Conclusion: By increased awareness of health professionals about the experiences of affected persons, their understanding of the situation for people seeking care and the quality of care they can offer increases.

Keywords: Depressive symptoms, cardiovascular disease, experience, qualitative

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Hjärt- och kärlsjukdom	1
Behandling av hjärt- och kärlsjukdom	2
Depressiva symtom	2
Behandlingsalternativ av depressiva symtom.....	3
Omvårdnad vid hjärt- och kärlsjukdom och depressiva symtom.....	4
Syfte	6
Material och metod	6
Design.....	6
Urval och datainsamling.....	6
Dataanalys.....	6
Etiska överväganden	7
Resultat	8
Sociala förluster	8
Relationer påverkas negativt.....	8
Socialt deltagande minskar	9
Socialt stöd	10
Stöd från familj och närstående.....	10
Stöd från vården	10
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Kliniska implikationer	15
Slutsatser	16
Referenser	17
Bilaga 1 – sökmatrix	
Bilaga 2 – Artikelmatrix	
Bilaga 3 – Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod	

Inledning

År 2016 var sjukdomar i hjärta- och kärl den underliggande orsaken till 35% av alla dödsfall i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Individer med hjärt-kärlsjukdom har visat sig drabbas av depressiva symtom i tre till fyra gånger så stor utsträckning som individer utan en hjärt-kärldiagnos. (Johansson & Boström, 2012). Detta tros bero på den livsomvälvande erfarenheten som det innebär att drabbas av en hjärt- och kärlsjukdom samt de psykologiska prövningar som behandlingen och livsstilsförändringarna som insjuknandet medför (Burg, 2018). Depressiva symtom har visat sig öka risken för dödlighet samt andra komplikationer hos personer som lever med hjärt-kärlsjukdom (Hongjie et al., 2014). Genom att sjuksköterskan strävar emot att öka hjärt- och kärlsjukas känsla av sammanhang så förstärks de drabbades förmåga att hantera sin situation (Antonovsky, 2005). Litteraturstudiens syfte var att beskriva personers upplevelser av att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta för att stärka de vårdsökande personernas upplevelse av meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet så är det viktigt att de har förståelse för dessa personers levda erfarenheter. I svensk sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad (2016) så klargörs det att omvårdnaden ska baseras på den vårdsökande personens upplevelser och genom att sjuksköterskan utvidgar sin kunskap så underlättas detta.

Bakgrund

Hjärt- och kärlsjukdom

Hjärt- och kärlsjukdomar är bland de vanligaste sjukdomarna i Sverige idag och den vanligaste dödsorsaken i världen och beror främst på förkalkning av blodkärlen (Socialstyrelsen, 2009a). Med hjärt- och kärlsjukdom menar vi hjärtsvikt, kranskärlsjukdomar eller hjärtinfarkt. Enligt siffror från det amerikanska hjärtförbundet så var kranskärlsjukdomar den direkta anledningen till ett av sju dödsfall och hjärtsvikt var den underliggande anledningen till ett av nio dödsfall 2013 (Mozaffarian et al., 2016). Riskfaktorer för att utveckla en hjärt- och kärlsjukdom är bland annat rökning, diabetes, högt body mass index (BMI), högt blodtryck, högt kolesterolvärde i blodet samt ärftlighet (Stenström, 2010). Utöver dessa faktorer så bidrar psykologiska faktorer så som stress, upplevelser av bristande socialt stöd, depression, ångest och ilska (Steptoe, 2009).

Hjärtsvikt är ett tillstånd då hjärtats pumpförmåga är nedsatt och inte längre klarar av att upprätthålla tillräcklig blodcirkulation i kroppen. Hjärtsvikt uppkommer som en konsekvens av långvarigt högt blodtryck eller annan hjärtsjukdom (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). I Sverige lever 200 000 personer med en hjärtsviktsdiagnos och cirka 30 000 personer diagnostiseras ytterligare varje år (Smith, Koul, Kornhall & Ekmeahag, 2012). Enligt Bui, Horwich och Fonarow (2011) så lider över 23 miljoner människor världen över av hjärtsvikt. En hjärtsviktsdiagnos graderas olika beroende på graden av symtom som personen lider av. Symtom på hjärtsvikt kan vara nattlig hosta, andnöd, andfåddhet vid vila, trötthet, koncentrationssvårigheter, smärtor, aptitlöshet, illamående, nedstämdhet och andra psykiska symtom (Läkemedelsverket, 2017). Klassificeringen är utgjord av New York Heart Association (NYHA) och

innehåller klass I till IV där klass I är lätt hjärtsvikt och klass IV är svår hjärtsvikt. Klass I definieras att personen inte har några fysiska nedsättningar samt att fysisk aktivitet inte ger upphov till symtom. Klass II beskrivs som lätt hjärtsvikt där måttlig fysisk aktivitet blir nedsatt och symtomen kan uppkomma vid fysisk ansträngning. NYHA klass III definieras som medelsvår hjärtsvikt där personen blir begränsad vid fysisk ansträngning. Svår hjärtsvikt klassas som NYHA IV där den drabbade personen kan känna av symtom även vid vila (Dolgin, Fox, Gorlin & Levin, 1994).

Kranskärnen har i uppgift att förse hjärtmuskeln med syre och näring. Kranskärnlssjukdom utvecklas oftast genom plackinlagringar i kranskärnen vilket leder till förträngningar i blodbanan. Förträngningarna leder till minskat blodflöde till hjärtat, vilket kan leda till kärlkrampssymtom (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Symtomen vid kärlkramp utger sig oftast i form av bröstsmärtor. Bröstsmärtorna kan upplevas som ett tryck eller en tyngd över bröstet, övriga symtom som kan uppkomma är smärtsensationer i käkar, armar eller skulderbladen. Symtomen framträder vanligtvis i samband med fysisk aktivitet då hjärtat kräver mer syre än vad kärnen kan bidra med (Bergman, 2012).

Om kranskärlsjukdomen vidareutvecklas kan det leda till fullständig tilltäppning av kranskärnen, vilket resulterar i en hjärtinfarkt (Almås, Stubberud & Grønseth, 20). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2018) framkommer det att ca 31 000 personer diagnostiserades med akut hjärtinfarkt i Sverige 2012. Hjärtinfarkt definieras som en irreversibel hjärtmuskelskada till följd av syrebrist i hjärtmuskeln (Bergman, 2012). Symtomen vid hjärtinfarkt påminner om de i samband med kärlkramp. Forskning om insjuknandet har däremot visat på att symtomen skiljer sig mellan könen. Kvinnor uttrycker i högre grad symtom i form av smärta i rygg, nacke och käkar medan män upplever smärta i bröst med utstrålning mot vänster arm oftare (Bergman, 2012).

Behandling av hjärt- och kärlsjukdom

Den vanligaste behandlingen vid hjärt-kärlsjukdom är kontinuerlig läkemedelsbehandling. Det finns en rad olika preparat som används beroende på vad för sjukdomstillstånd samt symtom den vårdsökande personen lider av (Läkemedelsverket, 2017). Enligt socialstyrelsen (2009) kan majoriteten av alla hjärtinfarkter förebyggas om personer ändrar sina levnadsvanor till ett mer hälsosamt förhållningssätt. När läkemedelsbehandling och ändrad livsstil inte fungerar tillräckligt så finns det olika kirurgiska behandlingar/ingrepp som läkare kan utföra för den vårdsökande personen. I den akuta fasen av hjärtinfarkt görs en reperfusion med mål att lösa upp det som täppt till blodkärlet, det kan vara en ballongvidgning, läkemedel eller öppen hjärtkirurgi. En pacemaker kan opereras in för att stabilisera hjärtats arytmier vid hjärtsvikt (socialstyrelsen, 2009). Det är vanligt att personer med hjärt- och kärlsjukdom äter blodförtunnande läkemedel där en vanlig biverkning som kan förekomma är blödningar från exempelvis näsan eller tandköttet (European Medicines Agency, 2011).

Depressiva symtom

Depression är en av de stora svenska och globala folksjukdomarna, WHO skattar i dagsläget att 300 miljoner människor över hela världen lever med depression (WHO, 2017a). I Sverige så har 19% av befolkningen någon gång under livet diagnostiserats med sjukdomen och en tredjedel har återinsjuknat vid senare tillfällen (Folkhälsomyndigheten, 2016). Depression är en sjukdom som kännetecknas av en ihållande nedstämdhet kombinerat med en oförmåga att genomföra vardagliga aktiviteter och ett uteblivet intresse för aktiviteter som vanligtvis skänker glädje. Symptomen ska vara ihållande under minst två veckor för att räknas som en depression (WHO, 2017b). Depressiva symtom kan delas upp i psykiska symtom och fysiska symtom. De vanligaste psykiska symtomen är känslor av hopplöshet, irritation, minskad energi, sömnbesvär, rastlöshet, koncentration- och minnessvårigheter. Fysiska symtom kan yttra sig i form av huvudvärk, muskelkramper och problem med matsmältningen. Antalet symtom varierar från person till person, vissa personer upplever bara några få medan andra känner av flera (National institute of mental health, 2018). Under längre sjukdomsförlopp kan symtomen utveckla sig till insomni, konstant trötthet, återkommande suicidtankar, viktökning- eller minskning och trögtänktighet (Savoy & Penckofer, 2015).

Depressiva symtom har ett nära samband med hjärt- och kärlsjukdomar. Det har ett direkt samband med patofysiologiska förändringar i en mängd olika organ genom att det påverkar blodtryck, puls, motståndet i kärlen samt blodets uppbyggnad. Depressiva symtom stimulerar proinflammatorisk och protrombotisk aktivitet, minskar hjärtvariabiliteten och minskad fysisk aktivitet är vanligt förekommande (Raič, 2017). Utöver de rent fysiologiska förändringarna som depression leder till så har en studie från 2017 visat att ihållande depressiva symtom har ett tydligt samband med minskad efterföljsamhet till läkemedel, även kallad compliance. Då hjärt- och kärlsjukdomar i de flesta fall medför en livslång läkemedelsbehandling så ökar dålig compliance riskerna för komplikationer (Goldstein, Gathright & Gracia, 2017).

Uppskattningsvis 15-20% av personerna som drabbats av hjärt- och kärlsjukdomar uppfyller kriterierna för svår depression. Dessa patienter lider i större utsträckning av sänkt välbefinnande, återkommande hjärtkomplikationer, återinläggningar på sjukhus och dödsfall på både lång och kort sikt (Caro et al., 2012).

Behandlingsalternativ av depressiva symtom

Sverige har 20 stycken godkända antidepressiva preparat till förskrivning samt flertalet licenspreparat som psykiatriker får förskriva. Det vanligaste preparatet som används vid depression är selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) som är en grupp läkemedel som påverkar serotoninivån (Läkemedelsverket, 2016). Det är viktigt att informera den vårdsökande personen om läkemedlets biverkningar så att personen får en insikt att biverkningar kan förekomma. Biverkningar av SSRI preparat kan vara huvudvärk, illamående, diarré och sexuella problem. Vårdgivaren skall även informera den vårdsökande personen att de positiva effekterna av behandlingen kan dröja tre till fyra veckor efter behandlingsstart (Lichtman et al., 2008).

Omvårdnad vid hjärt- och kärlsjukdom och depressiva symtom

Sjuksköterskans uppgift vid omvårdnad av en vårdsökande person med hjärt- och kärlsjukdom är att utbilda, lära och informera den vårdsökande personen om vad den själv kan göra för att förebygga återinsjuknande eller försämring i sin hjärt- och kärlsjukdom. Syftet med informationen är att förklara vilka risker som finns samt vilka faktorer som påverkar sjukdomen positivt (Bergman, 2012). Sjuksköterskan bör kartlägga den vårdsökande personens levnadsvanor såsom rökning, matvanor, aktivitet/motion och alkoholvanor. Identifierar sjuksköterskan risker för hjärt- och kärlsjukdom som finns i den vårdsökande personens levnadsvanor bör de tillsammans samtala om dem och komma fram till en plan kring hur personen kan förändra dem. Att uppmuntra fysisk aktivitet är något som sjuksköterskan kan göra då den vårdsökande personen måste klara av att komma tillbaka till sin vardag och klara av sådana sysslor som vardagen kräver. Om den vårdsökande personen brukar tobak så är nikotinavvänjning något att erbjuda då rökning utgör en negativ påverkan på hjärt-kärl (Bergman, 2012; Läkeemedelsverket, 2017).

En omvårdnadsinsats som sjuksköterskan kan göra vid mötet med en vårdsökande person som lider av depressiva symtom är att genomföra ett hjälpande samtal. Det handlar om att sjuksköterskan skall se människors förmågor och resurser för att bli bättre. Hjälpande samtal är en samtalsmetod som utgår från att få människor att växa och utvecklas. Det handlar om att skapa positiva känslor, tankar och beteende hos den vårdsökande personen. Samtalet förhåller sig till tre punkter där den vårdsökande personen tillsammans med sjuksköterskan skall identifiera problemet, ta reda på vad personen vill och diskutera hur och med vilka metoder den vårdsökande personen skall nå dit (Hilmarsson, 2014). Grunden i omvårdnad är relationen mellan sjuksköterskan och den vårdsökande personen, båda parter måste se varandra som unika och viktiga personer och det måste finnas förtroende i vårdrelationen (Townsend & Morgan, 2017).

Känsla av sammanhang

Människan har ett behov av att förstå sin situation för att hantera den på bästa möjliga sätt. Graden av känsla och sammanhang (KASAM) är ett salutogent perspektiv där människans hälsa är i fokus, begreppet handlar om hur hälsa kan stärkas, främjas och även bevaras hos en person som lever med en sjukdom eller risk för sjukdom. Antonovsky, grundaren av teorin definierar hälsa som en linje där en människa pendlar mellan två motsatser, ena sidan är god livskvalitet och hälsa och den andra sidan är låg livskvalitet och sjukdom. Han menade att linjen symboliserar att en människa aldrig är det ena eller andra utan man ligger mer åt ett håll och mindre åt motsatsen under sin livstid. KASAM utgår ifrån tre stycken grundpelare, hur människan upplever att livet är begripligt, hanterbart och meningsfullt. Begriplighet handlar om att människan vill ha förståelse för sin situation, människan vill ta in så mycket information som möjligt om sina sammanhang för att lättare hitta sin plats och känna trygghet. Hanterbarhet handlar om vilka resurser en person har att

tillgå för att hantera påfrestningar och utmaningar som kan uppkomma i livet, en person med mycket handlingsförmåga kommer kunna hantera olyckliga händelser och inte ätas upp av sorgen. Meningsfullhet uppstår då en person upplever delaktighet och att de utmaningar den ställs inför som värda att engagera sig i (Antonovsky, 2005).

Syfte

Syftet var att beskriva personers upplevelser av att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom.

Material och metod

Design

En kvalitativ design användes då den avser att studera personers levda upplevelser och erfarenheter (Henricsson & Billhult, 2017). En litteraturoversikt genomfördes av kvalitativa artiklar eftersom avsikten var att tolka personers upplevelser av att leva med depressiva symtom vid hjärt- och (Polit & Beck, 2017).

Urval och datainsamling

Datainsamlingen gjordes från databaserna Psychological Abstracts (PsycINFO), MedLine och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (Bilaga 1) med utgångspunkt från syftet, att beskriva personers upplevelse att leva med depression vid hjärt- och kärlsjukdom. MedLine är en av de största databaserna inom vård och omsorg och möjliggör en mängd olika sökstrategier som att till exempel avgränsa sökningen till att enbart visa forskningsartiklar (Aveyard, 2014). PsycINFO är en av världens största och mest tillförlitliga databaser då det kommer till vetenskaplig forskning rörande psykologi (American Psychological Association, 2018). CINAHL användes för att hitta ytterligare artiklar men gav inget resultat. Orden som användes i sökningen i MedLine och PsycINFO var "heart disease", "cardiovascular disease", "depression" och "experience". För att begränsa antalet sökresultat i PsycINFO apassades sökningen genom att inkludera "qualitative" som sökord. Vid sökningen i CINAHL lades ytterligare sökord till för att utvidga träffarna, "depressive symptoms", "CVD", "coronary heart disease", "mood disorder", "cardiac" samt "affected". Trunkering användes i sökningen i CINAHL för att sökresultatet skulle innefatta olika böjningar på de utvalda sökorden. Trunkering innebär att ordstammen avslutas med ett specifikt trunkeringstecken "*" och alla ordets böjningsformer inkluderas då i sökresultatet (Friberg, 2017).

För att specificera sökningen användes Booleska operatorer, det går ut på att sökorden binds samman med AND och OR (Aveyard, 2014). Sökresultaten begränsades till perioden 2008 - 2018 oktober för att exkludera utdaterad forskning. Endast artiklar som var peer-reviewed, skrivna på engelska och där de deltagande parterna var över 18 år inkluderades. De tre första utvalda artiklarna granskades av författarna tillsammans med hjälp av ett kvalitetsgranskningsprotokoll utvecklat av Hälsohögskolan Jönköping University (Bilaga 3). Resterande kvalitetsgranskningar gjordes separat, detta för att säkerställa att det slutgiltiga resultatet baseras på artiklar som är av god kvalitet (Friberg, 2017).

Dataanalys

En induktiv ansats valdes där tio kvalitativa artiklar analyserades med avsikt att svara på det framtagna syftet förutsättningslöst (Polit & Beck, 2017). Genomförandet av dataanalysen av de tio artiklarna (Bilaga 2) som identifierades som användbara användes Fribergs femstegsmodell (Friberg, 2017). Målet med analysen var att bryta ner resultatartiklarnas resultat och identifiera de centrala delar som kopplades samman med syftet. Likheter och skillnader mellan de valda artiklarna studerades

(Friberg, 2017). Det nya resultatet grundades på samtliga centrala delar från de analyserade artiklarna som kopplades ihop med litteraturöversiktens syfte. Steg ett till tre gjordes individuellt där sedan steg fyra och fem utfördes gemensamt av författarna. Steg ett gick ut på att läsa och studera artiklarna flertalet gånger, detta skapade en förståelse och känsla av vad författarna ville förmedla. Steg två handlade om att identifiera de fynd i resultatet som var centrala för vårt syfte, vidare valdes de relevanta delarna ut ur varje artikel. Författarna analyserade artiklarna separat och med hjälp av understrykningspenna belystes de relevanta delarna i varje artikel. I steg tre sammanställdes de olika artiklarnas resultat för att underlätta möjligheten att skapa en helhetsbild över vad vidare skulle analyseras. Författarna diskuterade artiklarna och de relevanta fynden jämfördes med varandra. Under steg fyra jämfördes skillnader och likheter mellan artiklarna och en gemensam sammanställning skrevs där huvudteman och subteman skapades utifrån fynden. Två huvudteman skapades med totalt fyra subteman. I steg fem redovisades fynden i resultatet med hjälp av huvudteman och subteman (Friberg, 2017).

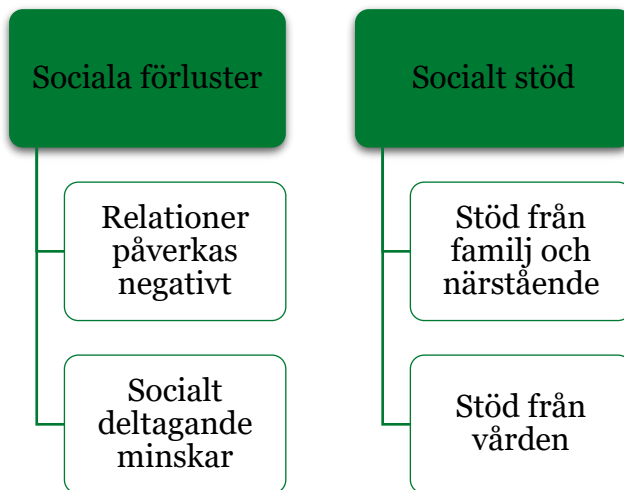
Etiska överväganden

Forskningsetik innebär de etiska överväganden samt den etiska reflektionen som görs innan och under genomförandet av ett vetenskapligt arbete. Forskningsetiken finns till för att värna om människor som är medel för kunskap och vetenskap samt skydda deras rättigheter. Den bidrar till att skydda personer som bidrar i studier samt värnar om forskningen och allmänhetens förtroende för den (Kjellström, 2016). Vid genomförandet av ett vetenskapligt arbete skall etiska överväganden och forskningsetik följas. Vid ett examensarbete skall det undvikas att sära, skada eller utnyttja andra, kunskapen om etiska överväganden krävs för att författarna till examensarbetet skall ha etisk grund. Vid en kvalitativ litteraturöversikt krävs inget etiskt godkännande då vi inte har intervjuat personer utan att med hjälp av litteratur och vetenskapliga artiklar kommit att få fram vårt resultat. Även om inget etiskt godkännande behövs så var det av vikt att överväga de etiska principerna och den svenska lagstiftningen vid genomförandet av examensarbetet (Kjellström, 2017). Enligt *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2003:460) och *Personuppgiftslagen* (1998:204) så syftar det till att den enskilde personen skall skyddas och respekteras när det gäller forskning kring människor. Om forskning inte kan utföras med respekt för människovärdet så skall den inte utföras. Utöver det skall även de mänskliga rättigheterna, grundläggande friheter, hälsa, säkerhet och personlig integritet respekteras.

De etiska riktlinjerna rörande medicinsk forskning som tillhandahålls i Helsingforsdeklarationen har kontrollerats fortlöpande under arbetets gång. Dessa utgår ifrån att även om det huvudsakliga målet med all medicinsk forskning är att frambringe ny kunskap, så kan det målet aldrig ta företräde framför det enskilda forskningsobjektets rättigheter och intressen. (The World Medical Association, 2013). Artiklar som granskats till arbetet har haft ett etiskt övervägande i enlighet med Helsingforsdeklarationen samt svensk lagstiftning om forskning som avser människor.

Resultat

Resultatet baserades på tio kvalitativa artiklar relaterat till syftet *att beskriva personers upplevelser att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom*. Materialet som granskades beskrev olika personers upplevelser av att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom där flera aspekter belystes. Utifrån artiklarna utformades två huvudtema och fyra subtema (figur 1).



Figur 1. Översikt av resultat

Sociala förluster

Personer som drabbats av depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom upplevde att deras relationer hade påverkats negativt och separationer var vanligt, det skapade subtemat *relationer påverkas negativt*. Det andra som personerna upplevde förlorat var deras deltagande i det sociala livet vilket innebar förlorad arbetsförmåga, fysisk aktivitet och minskat engagemang i sociala sammanhang vilket skapade det andra subtemat, *socialt deltagande minskar*.

Relationer påverkas negativt

Personerna upplevde att det fanns tillfällen då anhöriga ställde för höga krav på dem utan att ha förståelse för att de inte längre hade samma energinivå till att genomföra aktiviteter som innan. Detta ledde till frustration och att familjeförhållanden samt relationer till övriga närstående blev ansträngda (Asplund, Junhag & Svedlund, 2014; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008). Personerna upplevde sig själva som en börda för sin familj och närstående vilket medförde känslor av frustration, oro, ångest och ilska som i många fall ledde till plötsliga vredesutbrott och konflikter (Dekker, Peden, Lennie, Schooler & Moser, 2009; Kazemiera Anderson, Borglin & Willman, 2013). Personerna upplevde att den tappade självständigheten som följde sjukdomen bidrog till att deras självbild förändrades och de sociala roller de haft innan

insjuknandet ändrades. Personerna upplevde att den tappade självständigheten bidrog till känslor av hopplöshet och skam (Kristofferzon et al., 2008; Ryan & Farrelly, 2009). Att inte kunna bibehålla sina roller i familjen och umgängeskretsar upplevdes leda till en ökad ångest och förändrad självbild (Dekker et al., 2009). Den uteblivna inkomsten från personerna som var tvungna att sjukskriva sig ledde till att familjen ställdes inför ekonomiska svårigheter och dagliga konflikter. Vid flera fall ledde det till separation och skilsmässa. (Dekker et al., 2009). Männerna upplevde att deras sexliv hade försvunnit eftersom de fått erektil dysfunktion som följd av både hjärt- och kärlsjukdomen och de depressiva symtomen. Personerna som var yngre upplevde att detta ledde till att de inte längre sökte efter nya relationer utan isolerade sig, eller avslutade en pågående relation eftersom de ansåg sig inte kunna prestera sexuellt. De upplevde sig kastrerade och ansåg att de inte längre levde upp till rollen som man (Simmons et al., 2013). Personerna hade haft tankar att det hade varit bättre om de var döda eftersom de då inte hade framstått som dåliga och då hade deras familj och anhöriga haft det bättre. Personerna beskriver att ett sådant tänkande ledde till att de drog sig tillbaka mer och relationer påverkades negativt (Gwaltney, Reaney, Krohe, Martin, Falvey & Mollon, 2016). Personerna som var i ett förhållande beskrev att deras depressiva symtom och fysiska tillstånd hade lett till att äktenskapet blivit ansträngt och att kärleken inte överlevde. De förklarade det som att deras hjärta var brustet både fysiskt och psykiskt. (Simmons et al., 2013).

Socialt deltagande minskar

Personer som förlorat sitt arbete till följd av hjärt- och kärlsjukdom upplevde att deras depressiva symtom blev mer påtagliga då de förlorat rollen som yrkesverksam. De depressiva symtomen uttryckte sig genom försämrat självförtroende och känslor av att vara värdelös (Simmons et al., 2013). Personerna ansåg att deras hjärt- och kärlsjukdom satt stopp för framgång i deras karriär och utbildning. Det ledde i flera fall till ökad ångest och nedstämdhet eftersom deras mål med arbetslivet inte kunde slutföras. Stressen över att inte längre ha ett arbete eller en karriär ledde till ökad ångest, ångesten ledde i sin tur till oro över om deras kropp någonsin kommer att klara av att arbeta igen vilket resulterade i att de upplevde förlorad livsglädje (Rogerson, Bird, Morris & Murphy, 2012; Kristofferzon et al., 2008). Personer som redan var i pensionsåldern och var klara med sitt yrkesliv kunde efter insjuknandet inte vara med i sociala sammanhang och vid fysiska aktiviteter vilket ledde till sänkt aktivitet och isolering. De upplevde ensamhet och ett förlorat socialt aktivt liv, detta bidrog till känslor av nedstämdhet och hopplöshet (Rogerson et al., 2012; Simmons et al., 2013).

Personerna blev begränsade på sin fritid då de upplevde att de inte var medvetna om vad deras kropp klarade av. Det ledde till att deras sociala liv blev påverkat och flera personer kände sig deprimerade och isolerade. Personer som var yngre och hade drabbats av hjärt- och kärlsjukdom upplevde att de hade förlorat sin autonomi vilket ledde till nedstämdhet och frustration. Förlusten av deras autonomi gjorde att de inte deltog i sociala sammanhang, fysiska aktiviteter och tidigare fritidssysselsättning som hade givit glädje och meningsfullhet (Asplund et al., 2013; Walsh, Kitko & Hupcey, 2018; Kazemira Andersson et al., 2013).

Personer upplevde rädsla i samband med fysisk aktivitet, rehabilitering och sociala sammanhang. Rädslan grundade sig i oro för att göra ytterligare skada på hjärtat eller andra kroppsdelar. Personerna beskrev att de blivit mer uppmärksamma på kroppens reaktioner och okända känslor vilket ledde till ökad ångest. Denna rädsla gjorde att

personerna vid flera tillfällen inte vågade lämna hemmet, att de alltid var tvungna att ha en telefon i närheten och en besatthet av att alltid veta var närmaste sjukhus fanns om de befann sig på en ny plats (Ryan & Ferrelly, 2009; Dekker et al., 2009; Rogerson et al., 2012).

Socialt stöd

Socialt stöd var viktigt enligt personerna för att klara av att hantera deras depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom. Återkommande upplevelser var att stödet från familjen och andra närstående var av vikt för att återhämta sig efter sin hjärt- och kärlsjukdom samt hanteringen av de depressiva symtomen, det skapade subtemat *stöd från familj och närstående*. Personerna beskrev att det professionella mötet inom vården var av vikt för att de skulle känna sig bekräftade och trygga samt hur vården givit personerna stöd, det ledde till skapandet av det andra subtemat *stöd från vården*.

Stöd från familj och närstående

Familjerelationer och närstående spelade en viktig roll hos personerna då de bidrog till att de upplevde trygghet och välmående i större utsträckning. Personerna uppskattade de små samtalen och stunderna de hade med sin familj och närstående mer än vad de gjort tidigare, de upplevde att de små konversationerna gav en känsla av sammanhang och trygghet. Personerna upplevde att deras partner hade blivit mer uppmärksam till deras mående och därigenom uppmuntrat i stöttat dem i deras rehabilitering och återhämtning. Personerna upplevde att de fick mentalt stöd, ömhet och praktiskt stöd från både deras partner, barn, barnbarn, syskon och vänner vilket ökade deras hopp och förståelse för meningen med livet (Asplund et al., 2014; Kristofferzon et al., 2008). Personer som hade minderåriga barn menade att deras roll som förälder hade förändrats och att deras barn gjorde att de upplevde meningsfullhet och lycka. De upplevde att barnen gav trygghet och kärlek vilket hjälpte mot de depressiva symtomen (Walsh et al., 2018).

Personerna beskrev att de upplevde att deras depressiva symtom minskade och blev mer hanterbara när de kände att de fick stöd från deras partner och familj. De beskriver att de inte hade klarat av både hjärt- och kärlsjukdomen och de depressiva symtomen utan sin familj som stöd. Personerna upplevde att när deras barn uppmuntrade dem till fysisk aktivitet så kände sig personerna uppmuntrade av att veta att de var i sällskap av någon som utstrålade stöd och trygghet (Dekker et al., 2009; Gwaltney et al., 2016). De menade att hålla sig sysselsatta med olika aktiviteter hjälpte dem att tänka på annat än de depressiva symtomen och hjärt-kärlsjukdomen vilket ledde till ökad meningsfullhet (Dekker et al., 2009).

Personerna uttryckte att familjen hade fungerat som motivation till att ändra prioriteringar i livet. Tidigare prioriteringar bestod av saker som bidragit till försämrad hälsa och insjuknandet. Efter sin diagnos hade de med hjälp av familjen kommit till insikt om att värdesätta tiden de hade med sina nära anhöriga, detta bidrog till framtidshopp (Kazimiera Andersson et al., 2013).

Stöd från vården

Personerna upplevde att mötet med en specialist inom både hjärtvård och psykologisk vård gjorde att deras deltagande i sitt hälsofrämjande arbete ökade. De ansåg att det professionella stödet vid inläggande vård ledde till ökat självförtroende vilket gav positiva uppfattningar om vården. De upplevde sig bekräftade då vårdpersonal med jämna mellanrum kontrollerade hur personernas fysiska välmående låg till och även den psykiska aspekten belystes då de upplevde att dem blev hörda och fick ventilera sina tankar och rädslor (Rogerson et al., 2012).

Det psykologiska stödet som vissa deltagare hade tagit del av i samband med rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen uttrycktes som avgörande för deras förmåga att hantera situationen. Samtal med sjuksköterskor gav personerna tillfälle att ventilera tankar och känslor med någon som hade kunskap om deras situation och om hur den skulle hanteras (Turner et al, 2017; Rogerson et al., 2012). Rehabiliteringsprogram gav också deltagarna ett sammanhang där de hade möjlighet att utbyta erfarenheter med andra personer som gått igenom liknande upplevelser. Detta resulterade i ett ökat självförtroende då de lärde sig att hantera och fick ta del av andras strategier för att bemästra symptomen av sin sjukdom. Personerna uttryckte en önskan om att de hade velat fortsätta med ett liknande träningsupplägg med träningsgrupper övervakade av personal som var inriktade på hjärt- och kärlsjuka efter att rehabiliteringen var genomförd (Simmonds et al., 2013).

Personer som hade haft möjlighet att ta del av mentorsprogram efter utskrivning från sjukhuset menade att genom att prata med någon som gått igenom hela rehabiliteringsprocessen tidigare hjälpte dem att hantera det dagliga livet. Mentorn gav deltagarna förståelse för att psykologiska reaktioner var naturliga och många uppfattade möjligheten att ventilera sina känslor och tankar som det bästa vapnet emot ångesten. Personerna uppskattade att kunna öppna upp sig för någon utomstående, det kunde vara en mentor, psykolog eller kurator. De upplevde att de fick professionellt stöd, bra kommunikation och att muntlig terapi och reflektion var givande (Asplund et al., 2013; Simmons et al., 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ design valdes då syftet var att "beskriva personers upplevelser att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom". Eftersom den kvalitativa forskningen baseras på personers erfarenheter och upplevelser var en litteraturöversikt med kvalitativ metod lämpligt. Valet av design och ansats har ökat kvalitén på uppsatsen eftersom syftet styr hur uppsatsen skulle skrivas (Henricsson & Billhult 2017; Mårtensson & Fridlund 2017). Vid analysen av valda artiklar valdes en induktiv ansats för att dra slutsatser från erfarenheter och upplevelser som var aktuella för syftet med litteraturöversikten (Henricsson & Billhult, 2017). Det övervägdes om en deduktiv ansats där känsla av sammanhang skulle vara utgångspunkt och genomgående genom hela litteraturöversikten men vid vidare diskussion valdes en induktiv ansats som design för att bäst svara på syftet där upplevelser var av tyngd (Henricsson & Billhult, 2017).

Under arbetets gång ändrades syftet vid tre tillfällen för att majoriteten av den aktuella forskningen som fanns att tillgå var av kvantitativ design. Då syftet var att beskriva personers upplevelser var kvantitativ forskning inte aktuellt. En litteraturstudie med mixad metod kan sänka resultatets trovärdighet, det bestämdes att endast artiklar av kvalitativ design skulle ingå i resultatet för att öka trovärdigheten (Henricsson, 2017). Depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom valdes istället för en specifik hjärtdiagnos för att inte smalna av arbetet för mycket. Detta gjorde att resultatet fick formas om och dataanalysen fick göras om. Det diskuterades om fokus skulle ligga på depression och hjärtsvikt men vid sökningar framkom det att för lite kvalitativ forskning fanns kring området. I de valda artiklarna som ingår i resultatet ingår hjärtsvikt, hjärtinfarkt och kranskärlssjukdom, det kan sänka uppsatsens kvalitet och överförbarhet då litteraturöversiktens definition av hjärt- och kärlsjukdom inte innehåller alla diagnoser inom området (Friberg, 2017).

Under framtagandet av de använda sökorden togs en bibliotekarie till hjälp för att få fram rätt sökord vilket ökar trovärdigheten eftersom en utomstående hjälpte till med framtagandet av sökorden (Henricsson, 2017). Orden hjärt- och kärlsjukdom och depressiva symtom var enkla att översätta till engelska medan ordet upplevelse kunde översättas till flera olika synonymer. För att utvidga sökningen i CINAHL användes ytterligare sökord "qualitative", "CVD", "depress*", "mood disorder", "affect" och "Coronary heart disease". Fler träffar framkom vid sökningen men gav inga nya artiklar till resultatet vilket kan sänka litteraturöversiktens kvalitet då användandet av fler databaser stärker trovärdigheten (Karlsson, 2017).

Databaserna MedLine och PsycINFO användes ursprungligen för att genomföra litteratursökningen. En ytterligare sökning gjordes via CINAHL för att komplettera ursprungssökningen, dock utan att ge resultat (Bilaga 1). Att använda flera databaser stärker trovärdigheten hos arbetet då chanserna att hitta relevanta artiklar ökar, eftersom att ett större sökområde granskas (Henricson, 2017). Sökprocessen av artiklarna dokumenterades noggrant under hela datainsamlingen vilket ökar tillförlitligheten (Hesser & Andersson, 2015).

Sökningarna begränsades med hjälp av exklusions- samt inklusionskriterier för att avgränsa sökresultaten till artiklar som är relevanta för syftet och filtrera bort artiklar

som inte håller tillräcklig vetenskaplig kvalitet (Aveyard, 2014). Endast artiklar som var peer reviewed inkluderades då trovärdigheten ökar på grund av att studierna då bedömts som vetenskapliga (Henricson, 2017). De utvalda artiklarna granskades med hjälp av kvalitetsgranskningsprotokollet som har tagits fram av Jönköping University (Bilaga 3), detta bidrog till att tillförlitligheten på litteraturöversikten ökade. En ytterligare begränsning var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, detta då engelska räknas som vetenskapens officiella språk (Segersten, 2017). Risken med att använda artiklar som är skrivna på ett annat språk än forskarens modersmål är att de feltolkas och då sänks tillförlitligheten (Kjellström, 2017).

Under analysprocessen av de 10 artiklarna (Bilaga 2) utfördes analysen separat för att få en egen uppfattning av resultatet. De tre första artiklarna kvalitetsgranskades gemensamt och resterande delades mellan författarna. Det kan ha gjort att tillförlitligheten sänkts något men då författarna ansetts tolka kvalitetsgranskningsprotokollet lika genomfördes separata granskningar. Detta är på grund av den korta tidsramen (Henricsson, 2017). I de artiklar som lyfte upplevelser från grupper som ej inkluderades i syftet så lästes resultatet igenom noga av båda författarna för att säkerställa att endast det önskade urvalet inkluderades för att inte sänka arbetets kvalitet, vilket ökar resultatets trovärdighet (Henricsson, 2017).

De inkluderade hjärt- och kärldiagnoser som ingår i litteraturöversiktens resultat gör att överförbarheten stärks för upplevelserna av att leva med depressiva symtom vid hjärtsvikt, hjärtinfarkt och kranskärslsjukdom. Många diagnoser har inte blivit inkluderade i resultatet och därför kan inte överförbarheten gälla alla hjärt- och kärldiagnoser. Forskarna har haft som mål att hitta ett brett spektrum av olika hjärt- och kärldiagnoser men vissa diagnoser har varit av större underlag än andra. Styrkan i detta trots inte alla diagnoser inkluderats är att arbetet är brett och övergripande gällande depressiva symtom vid hjärt- och kärldiagnoser och personers upplevelser gällande det.

Det var av vikt att kontrollera de etiska aspekterna innan genomförandet av litteraturöversikten för att ha kunskap om forskningsetiken. Inga etiska dilemman eller diskussioner uppkom under arbetets gång vilket gjorde att författarna kunde hålla ett objektiva förhållningssätt och litteraturöversikten kunde genomföras opartiskt. Lagar och förordningar lästes igenom och helsingforsdeklarationen togs i åtanke under examensarbetets gång. Forskningsetiken gav förutsättningar att reflektera över värderingar, principer och normer under arbetets gång (Kjellström, 2017). Resultatets pålitlighet ökades då författarna inte hade någon förförståelse relaterat till litteraturöversiktens syfte (Henricsson, 2017). Litteraturöversiktens kvalitet kan sänkts något eftersom författarna hade svårigheter gällande syftet och att det fick ändras genom arbetets gång vilket påverkade hela litteraturöversikten (Henricsson, 2017). En del svagheter kan förekomma i litteraturöversikten då det var första gången författarna genomförde en sådan.

Resultatdiskussion

Huvudfynden i litteraturöversikten visar att personers upplevelse av att leva med depressiva symtom vid hjärt- och kärldiagnoser är något som bidrar till känslor av förlust för individen men även bekräftelse och trygghet. Förluster som beskrivits i studierna är de förändrade familjerelationerna som utvecklats som en följd och

upplevelserna av tappad självständighet i samband med insjuknandet. En av de viktigaste faktorerna för att uppleva bekräftelse och trygghet efter sjukdomen visade sig vara bemötandet från vårdpersonalen.

Upplevelsen av förändrade anhörigrelationer som följd av sjukdomen framkom tydligt i resultatet. En persons relationer utgör en viktig del av möjligheten att uppleva situationer som begripliga, hanterbara och meningsfulla (Antonovsky, 2005). Dejean, Giacomini, Vanstone & Brundisi (2013) visar i sitt resultat på att samexisterande sjukdomar legat bakom relationsuppbrott och social isolering. De drabbade upplever brist på energi och att deras liv är ointressanta så att de därför inte har något att prata om. Som sjuksköterska ska den enskilda vårdsökande personens upplevelser identifieras och bedömas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Genom att tidigt upptäcka individens subjektiva känsla av meningslöshet kan sjuksköterskan arbeta för att stärka dennes känsla av sammanhang och på så sätt förse den vårdsökande personen med verktyg att hantera sin situation (Antonovsky, 2005). Värdet för sjuksköterskan att identifiera personers upplevelser av anhörigrelationer styrks ytterligare av Alhström (2007) och Salminen- Tuomaala, Åstedt-Kurki, Rekiaro och Paavilainen (2012). Alhström (2007) har studerat kroniskt sjukas upplevelser av förluster och sorg i samband till sin somatiska sjukdom och kommer fram till att förlusten av relationer är en av de största anledningarna till sorg och nedstämdhet. Deltagarna i studien beskrev sin sjukdom som bidragande faktor till avslutade relationer då de upplevde att de ändrats som personer i och med insjuknandet. Detta genom att de ventilerade sina känslor av frustration, irritation och ilska över sina nedsatta funktionsförmågor med sina närmast anhöriga vilket gjorde dem svåra att leva med. Känslor av maktlöshet och irritation kopplat till att känna sig överbeskyddade av sina partners är vanligt förekommande följande en hjärtinfarkt enligt Salminen- Tuomaala, Åstedt-Kurki, Rekiaro och Paavilainen (2012). Män som kvinnor i deras studie upplevde att deras partners inte litade på dem att bidra till hushållet.

Den förändrade självbilden i form av den många gånger tappade självständigheten och uppenbarelsen av att man är dödlig, var något som präglade resultatet. I en intervjustudie genomförd på medelålders personer som lever med hjärtsvikt framkom det att begränsningarna som deras somatiska sjukdom tillförde skapade en obalans mellan viljan att delta i aktiviteter och möjligheten att göra det. De tillfällen som deltagarna valde att trotsa sin sjukdom så ledde detta till upplevelser av obehag, illamående eller till och med fara för sitt eget liv. Detta ledde till frustration och ångest, vilket i sig uttryckte sig i form av negativa tankar eller känslor så som obehag, irritation, fientlighet och nedstämdhet (Nordgren, Asp & Fagerberg, 2007). Utfallet av detta var att personernas upplevelser av situationen som hanterbar minskade. Sjuksköterskan bör enligt sin kompetensbeskrivning arbeta för att tillsammans med sitt team identifiera vad hälsa innebär för den vårdsökande personen och utifrån denna kunskap skapa förutsättningar för att möjliggöra den (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Stevens och Thomas (2012) beskriver i sin studie om kvinnors upplevelser efter en hjärtinfarkt att kvinnorna inte längre kände igen sina kroppar och att de efter sjukdomen upplevt sig som svaga, trötta och utmattade, oförmögna att genomföra de aktiviteter som tidigare varit deras vardag. Antonovsky (2005) menar att personers upplevelser av meningsfullhet påverkas då deras möjligheter att hantera sin situation utsätts för prövning. Husser och Roberto (2009) undersöker kvinnors upplevelse av hjärt- och kärlsjukdom och resultatet visar en minskad tillfredsställelse med familjrelationerna efter insjuknandet. Kvinnorna anser sig inte kunna bidra till

familjen och har svårigheter med att acceptera det, det bidrog till att kvinnorna tog avstånd från familjen.

Den professionella vårdens roll i att hjälpa personer i samband med depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom att hantera sin sjukdom framkommer tydligt i resultatet. Detta stöds av Hutton och Perkins (2008) som menar att stödet som personer som genomgått en hjärtinfarkt upplever ifrån rehabiliteringsprogrammen medverkar till att öka dessa personers självförtroende. Utöver detta kan vårdverksamheter bidra med sammanhang där personer ges möjligheten att finna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 2005).

Det professionella stödet och bemötandet från vården framkom i resultatet ha en viktig betydelse för att den vårdsökande personen skall klara av att hantera sin situation. Buszewicz (2011) menar att det professionella stödet och bemötandet från vårdpersonal utgör en viktig del av de vårdsökande personernas hanterbarhet av deras sjukdom och symtom. Hon beskriver att sjuksköterskans roll, i form av att ge extra psykosocialt stöd, har en stor betydelse i hur den vårdsökande personen återhämtar sig från sina depressiva symtom. Sjuksköterskan bör identifiera personens styrkor och svagheter så att omvårdnaden blir skraddarsydd. I resultatet framkommer det att personer upplever en ökad sjukdomsinsikt och motivation till att göra livsstilsförändringar när dem i mötet med vårdpersonal känner sig bekräftade och omhändertagna, samt att information och övrig patientkontakt var av vikt. Skärsäter, Langius, Ågren, Häggström och Dencker (2005) menar att för att patienten skall uppleva sin situation som hanterbar krävs det att vårdpersonalen identifierar patientens styrkor och svagheter. Genom att bekräfta deras styrkor och ge omvårdad och rehabilitering i deras svagheter kan vårdpersonalen bidra med att patienten får en bättre kvalitet på omvårdnaden och upplever en ökad känsla av sammanhang. Det sker genom att patienternas möjligheter att uppleva hanterbarhet och meningsfullhet ökar då de ges redskap och stöttning till att hantera sin situation samt ges ett sammanhang vilket bidrar till meningsfullhet (Antonovsky, 2005).

I en litteraturöversikt framtagen av Jeon, Kraus, Jowsey och Glasgow (2010) där upplevelser av att leva med kronisk hjärtsvikt beskrivs så framkommer det att i de fall som sjukvården erbjuder god omvårdnad så resulterar det i ökad självkänsla hos de vårdsökande personerna, ökat förtroende för vårdsystemet, minskad ångest och ökad känsla av säkerhet. Den goda omvårdnaden som erbjöds från vårdgivarna bestod i adekvat informationsgivning till vårdsökare och anhöriga, tillgängligheten samt kunnig personal. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår det att planera, genomföra samt utvärdera utbildningsinsatser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) vilket i sin tur kan bidra till ökad begriplighet och känsla av sammanhang för patienten (Antonovsky, 2005). Lindbäck och Nordgren (2016) menar att då den professionella vårdpersonalen på rehabiliteringsavdelningar använder sin kompetens och kunskap för att stödja de vårdsökande personerna så resulterar det i hopp, lugn och förtroende. Deltagarna i studien uttryckte att i de fall som de uppfattade personalen som engagerade i deras vård så utmynnade det i en känsla av stöd. Då personalen bidrar till en välkomnande och inkluderande verksamhet ger de deltagarna en ökad känsla av meningsfullhet (Antonovsky, 2005), eftersom de ges ett sammanhang där de upplever sig som delaktiga.

Kliniska implikationer

Litteraturöversikten kan ge kunskap gällande personers upplevelser när de lider av depressiva symtom vid hjärt- och kärlsjukdom. Resultatet förväntas öka vårdpersonalens kunskap kring hur vårdsökande personer bör bemötas för att möjliggöra en vårdupplevelse som resulterar i ökat välbefinnande och minskat lidande. Litteraturöversikten belyser upplevelsen av depressiva symtom efter insjuknandet av en hjärt- och kärlsjukdom. Vidare kan litteraturöversikten bidra till en ökad insikt om vikten av att god omvårdnad är nödvändigt för att tillgodose både fysiska och psykiska behov för personer med depressiva symtom och samtidig hjärt-kärlsjukdom. Eftersom en särskild sårbarhet för depressiva symtom finns hos denna patientgrupp så anser vi att det finns ett behov av vidare kvalitativ forskning. Den bör utformas för att få en bättre insikt i personers upplevelser för att på så sätt ge bäst möjliga omvårdnad så som hjälpande samtal.

Slutsatser

Att insjukna i en hjärt- och kärlsjukdom är en livsförändrande upplevelse vilken många gånger leder till att de drabbade personerna upplever depressiva symtom. De depressiva symtomen leder till sociala förluster där relationer påverkas negativt och personernas sociala deltagande förändras till följd av deras hjärt- och kärlsjukdom samt de depressiva symtomen. Personerna upplevde att deras relationer med närstående påfrestades då de inte klarade av att bibehålla de roller som de tidigare hade haft. Det uttryckte sig genom att känslor som ångest, ilska och hopplöshet blev en del av vardagen. Det sociala livet som tidigare hade varit av betydelse förändrades och minskade på grund av de fysiska hindren som hjärt- och kärlsjukdomen medgav vilket resulterade i att personerna upplevde ökad nedstämdhet och rädsla.

Resultatet visar att personerna upplever att stödet från vården gav möjligheten att ge de vårdsökande personerna de resurser och verktyg som behövdes för att bemästra deras situation vilket gav en känsla av sammanhang. Stödet från familj och närstående upplevdes som en viktig del i deras tillfrisknande och hantering av sjukdomen. Genom att medvetandegöra vårdpersonal om upplevelserna från de vårdsökande personerna så utökas deras förståelse och kvalitén på vårdbemötandet av dessa personer.

Referenser

Artiklar med () ingår i resultatet.*

Ahlström, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of clinical nursing*. 16 (3a), 76-83.

Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (2011). *Klinisk omvårdnad 1*. Liber AB: Stockholm

American Psychological Association. (2018). *Discovery and perspectives*. Hämtad 2018-10-17 från <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx?tab=3>

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur: Stockholm

*Asplund, K., Junehag, L. & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide*. Berkshire England: Open University Press.

Bergman, E. Fridlund, B. (Red.), Malm, D. (Red.), Mårtensson, J. (Red.), (2012). *Kardiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund

Bui, AL., Horwich, TB., Fonarow, GC. (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature reviews Cardiology* 8 (1), 30-41 <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2010.165>

Burg, M.M. (2018). *Psychological Treatment of Cardiac Patients*. Washington DC: American Psychological Association.

Buszewicz, M. (2011). *Report of a study of proactive care by practice nurses for people with depression and anxiety*. Hämtad 2019-01-10 från

<https://www.mind.org.uk/media/944491/Mind-ProCEED-Report-140911.pdf>

Caro, M. A., Sowden, G. L., Mastromauro, C. A., Mahnks, S., Beach, S. R., Januzzi, J. L., & Huffman, J. C. (2012). Risk factors for positive depression screens in hospitalized cardiac patients. *Journal Cardiology*, 60(1), 72-77. doi: [10.1016/j.jjcc.2012.01.016](https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2012.01.016)

Danielson, E. Henricsson, M. (Red.) (2017) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund

DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario health technology assessment series*, 13(16), 1-33.

*Dekker, R., Peden, A., Lennie, T., Schooler, M. & Moser, D. (2009). Living with depressive symptoms: patients with heart failure. *American journal of critical care*. 18 (4).

doi: 10.4037/ajcc2009672

Dolgin, M., Fox, AC., Gorlin, R. & Levin, RI. (1994). *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. New York Heart Association. Criteria Committee: Boston, MA.

European Medicin Agency (2011) *Eliquis: EPAR – Product information* Hämtad 2019-01-10 från https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/eliquis-epar-product-information_en.pdf

Friberg, F. (2017) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Studentlitteratur: Lund

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Psykisk hälsa - Nationella folkhälsoenkäten*. Hämtad 2018-05-16 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>

*Gwaltney, C., Reaney, M., Krohe, M., Martin, MM., Falvey, H & Mollon, P. (2016) Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infraction: A Qualitative study. *Springer International Publishing Switzerland* doi: 10.1007/s40271-016-0194-8.

Goldstein, C. M., Gathright, E. C., & Garcia, S. (2017). Relationship between depression and medication adherence in cardiovascular disease: the perfect challenge for the integrated care team. *Patient preference and adherence*, 11, 547-559.

doi:10.2147/PPA.S127277

Henricsson, M. (2017) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund

Henricsson, M. & Billhult, A. (2017) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund

Hesser, H. & Andersson, G. (2015). *Introduktion Till Metaanalys och Systematiska Översikter*. Lund: Studentlitteratur.

Hilmarsson, H. (2014). *Hjälpande samtal - positiv motivation*. Studentlitteratur AB: Lund

Hongjie, F., Wiedong, Y., Qiang, Z., Hui, C., Jun, L., Junpeng, W., Yang, S. & Xinhua, H. (2014). Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 6336-42.
doi:10.1016/j.ypmed.2014.03.007

Hutton, JM. & Perkins, SJ. (2008). A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychologi, health & medicine*, 13 (1), 87-97.

Husser, EK. & Roberto, KA. (2009). Older women with cardiovascular disease: perceptions of initial experiences and long-term influences on daily life. *Journal of women & ageing*. 21 (1): 3-18.
doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08952840802633529>

Jeon, Y. H., Kraus, S. G., Jowsey, T., & Glasgow, N. J. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC health services research*, 10, 77. doi:10.1186/1472-6963-10-77

Johansson, P. & Boström, A. (2012). *Kardiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund

Karlsson, E.K., Henricsson, M (Red.). (2017) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund

*Kazimiera Anderson, E., Borglin, G. & Willman, A. (2013) The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research* 23(6), 762-772
doi: 10.1177/1049732313482049

*Kristofferzon, M-J., Carlsson, M. & Löfmark, R. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Nordic collage of caring science*. 22, 367-375.
doi: 10.1111/j. 1471-6712.2007.00538.x

Kjellström, S., Henricsson, M. (Red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Hämtad 2018-10-20 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lichtman, J., Bigger Jr, T., Blumenthal, J., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P., Lespérance, F., ... Froelicher E. (2008). Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment: A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation Vol.118* (17)
doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769.

Lindbäck, C. & Nordgren, L. (2016). To be on a sick-leave due to a heart failure: a qualitative perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 23:2, pages

115-126.

doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.974835>

Läkemedelsverket. (2016). *Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna*. Hämtad 2018-11-05 från [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Info fran LV nr 6 2016 behandlingsrekommendation webbpublicering.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Info%20fran%20LV%20nr%206%202016%20behandlingsrekommendation%20webbpublicering.pdf)

Läkemedelsverket. (2017) *Diagnostik och behandling vid kronisk hjärtsvikt*. Hämtad 2018-11-05 från <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Behandlingsrekommendationerna/Behandlingsrekommendationer-A-O/Behandlingsrekommendationer---listan/Hjartsvikt/>

Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Mackey, R. H. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38–e360. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. & Henricsson, M. (Red.). (2017) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdad*. Studentlitteratur: Lund

National institute of mental health. (2018). *Depression Basics*. Hämtad den 23-10-2018 från <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/index.shtml>

Nordanskog, P. & Nordenskjöld, A. (2014). *ECT - kliniska riktlinjer*. Svenska psykiatriska föreningen. Gothia fortbildning: Stockholm.

Nordgren, L., Asp, M. & Fagerberg, I. (2007). Living With Moderate-Severe Chronic Heart Failure as a Middle-Aged Person. *Qualitative Health Research*, 17 (1), 4-13.

Personuppgiftslagen (1998:204) hämtad 2018-10-20 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing reasearch: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Raič, M. (2017). Depression and Heart Diseases: Leading Health Problems. *Psychiatria Danubina*, 29 Suppl 4, 770–777.

*Rogerson, M., Murphy, B., Bird, S. & Morris, T. (2012). “I don’t have the heart”: a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms. *International Journal of behavioral nutrition and physical activiry*. 9:140. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-140>

*Ryan, M. & Farrelly, M. (2009) Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8, 223-231
<https://doi.org/10.1016%2Fj.ejcnurse.2009.02.005>

Salminen- Tuomaala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M. & Paavilainen, E. (2012). Coping experiences: A pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction- a grounded theory approach. *Nursing Research and Practice*, 2012, ss. 1-9.
doi: 10.1155/2012/674783

Savoy, S. M., & Penckofer, S. (2015). Depressive symptoms impact health-promoting lifestyle behaviors and quality of life in healthy women. *The Journal Cardiovascular Nursing*, 30(4), 360-372.
doi:10.1097/JCN.000000000000158

Segersten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (s. 49-58). Lund: Studentlitteratur.

*Simmons, T., Tylee, A., Walters, P. & Rose, D. (2013) Patients' perceptions of depression and coronary heart disease: a qualitative UPBEAT-UK study. *BMC Family Practice* 14(38)
<https://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2296-14-38>

Skärsäter, I., Langius, A., Ågren, H., Häggström, L. & Dencker, L. (2005) Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing* 14(4), 258-264
<https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00390.x>

Smith, G., Koul, S., Kornhall, B. & Ekmehag, B. Kronisk hjärtsvikt, Del 1: utredning (2012). *Läkartidningen* (38)

Socialstyrelsen (2009). *Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar*
Hämtad 2019-01-09 från
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utveckling%20V%C3%A5rd%20vid%20hj%C3%A4rt-%20och%20k%C3%A4rlsjukdomar.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om dödsorsaker 2016*.
Hämtad den 2018-10-31 från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20668/2017-9-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Stöd för styrning och ledning*.
Hämtad 2018-05-23 från
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-28>

Stenstrand, U., Wallentin, L. (Red.), Lindahl, B. (Red.) (2010). *Akut kranskärls-sjukdom*. Liber: Stockholm

Stephoe, A. (2009). Emotional triggering of cardiac events. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33 (2) 63-70.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.04.010>

Stevens, S. & Thomas, SP. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care for Women International*, 33 (12), 1096-113.
doi: 10.1080/07399332.2012.684815.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2019-01-10 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2019-01-12 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

The World Medical Association. (2013) *Helsinforsdeklarationen*. Hämtad 2018-10-20 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Townsend, M.C. & Morgan, K.I. (2017). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. F.A Davis Company: Philadelphia

*Turner, K., Winder, R., Campbell, J., Richards, D., Gandhi, M., Dickens, C. & Richards, S. (2017) Patients' and nurses' views on providing psychological support within cardiac rehabilitation programmes: a qualitative study. *BMJ open*
doi: 10.1136/bmjopen-2017-017510.

*Walsh, A., Kitko, & Hupcey J. (2018) The experiences of Younger Individuals Living With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6) 9-16.
<https://doi.org/10.1177%2F1043659615573840>

WHO. (2017a). *Depression*. Hämtad den 2018-05-16 från <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

WHO. (2017b). *Depression: What you should know*. Hämtad 2018-05-16 från <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/en/>

WHO (2018). *Top 10 causes of death.*
Hämtad 2018-11-07 från
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Bilaga 1 – sökmatrix

Databas: Medline Sökning: September 2018	Träff:	Lästa titlar:	Lästa abstract:	Kvalitetsgranskade:	Till resultat
Heart disease or cardiovascular disease <i>Begränsningar: English language, publicerade: 2008 - 2018</i>	360,851				
Heart disease or cardiovascular disease AND depression <i>Begränsningar: English language, publicerade: 2008 - 2018</i>	205,664				
Heart disease or cardiovascular disease AND depression AND experience <i>Begränsningar: English language, review articles publicerade: 2008 - 2018</i>	90	90	10	9	7
Databas: Cinahl Sökning: September 2018					
Cardiovascular disease OR CVD OR heart OR cardiac OR coronary heart disease AND depress* OR depression OR depressive OR mood disorder OR affect AND qualitative <i>Begränsningar: English language, peer reviewed, publicerade: 2008 - 2018</i>	235	90	7	1	
Databas: PsycINFO Sökning: September-Oktober 2018					
Cardiovascular disease AND depressive symptoms AND qualitative <i>Begränsningar; English language, peer reviewed, publicerade: 2008-2018</i>	14	14	5	4	1
Cardiovascular disease AND depression AND experience <i>Begränsningar; English language, peer reviewed, publicerade: 2008-2018</i>	88	88	10	6	2

Bilaga 2 – Artikelmatris

Författare, år och land	Databas	Deltagare	Titel	Syfte	Forskningsmetod/ forskningsdesign	Huvudfynd	Kvalitets- granskning
Asplund, K., Junehag, L. & Svedlund, M. Sweden 2013	Medline	20	A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction	The aim of this study was to describe individuals' perceptions of the psychosocial consequences of an acute myocardial infarction (AMI) and of their access to support one year after the event	Kvalitativ design, intervjuer	Rädsla, ingen tillit till sin kropp, ångest, oro, rädsla att vara ensam, begränsad i vardagen	12 av 12
Bird, S, Morris, T., Murphy, B., Rogerson, M. Australien 2012	Medline	15	A qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms.	the aim of this study was to explore the barriers to and facilitators of physical activity for cardiac patients with depressive symptoms.	Kvalitativ design, Semistrukturerade intervjuer	Negativ självbild, ingen motivation och nedstämdhet	12 av 12
Carlsson, M., Kristofferzon, M-J. & Löfmark, R. Sweden 2007	Medline	39	Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after	the aim of the study was to describe the experiences of present everyday life of women and men 4–6 months after MI and their expectations for the future	Kvalitativ design, semistrukturerade intervjuer	Känsla av aggression, hopplöshet, rastlöshet, lätt till gråt, dåligt tålamod och irriterad på sig själv	11 av 12

			myocardial infarction				
Dekker, R., Peden, A., Lennie, T., Schooler, M. & Moser, D. USA 2009	PsycINFO	10	Living with depressive symptoms: patients with heart failure.	To describe the experience of patients with heart failure living with depressive symptoms.	Kvalitativ design, Semistrukturerade intervjuer	Emotionella symtom, somatiska symtom och familjeproblem.	12 av 12
Gwaltney, C., Reaney, M., Krohe, M., Martin, MM., Falvey, H & Mollon, P. Nya Zeeland 2017	PsycINFO	38	Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infarction: A Qualitative Study.	The aim was to highlight the symptoms and functional limitations experienced by patients in the year following a myocardial infarction	Kvalitativ design, individuella intervjuer	Rädsla, ångest, emotionell instabilitet	11 av 12
Kazimera Andersson, E., Borglin, G. & Willman, A. Sweden 2013	PsycINFO	17	The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction.	Elucidate the meaning of the experience of younger people (< 55 years) during their first year following a myocardial infarction.	Kvalitativ design, individuella intervjuer	Rädsla över att leva, stödet från familjen, stress över det sociala livet, misstro till deras kropp	12 av 12
Ryan, M. & Farrelly, M. Ireland 2009	Medline	9	Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure	The aim of the study was to describe patients' experiences of living with advanced heart failure	Kvalitativ design, öppna ostrukturerade intervjuer	Rädsla, hopplöshet och förlust av det sociala livet	11 av 12
Simmonds, R., Tylee, A., Wlters, P. &	Medline	30	Patients' perceptions of depression and	This study aimed to explore primary care (PC) patients'	Kvalitativ design, Djupintervjuer	Förstörda familjerelationer, erektil dysfunktion,	12 av 12

Rose, D. England 2013			coronary heart disease: a qualitative UPBEAT-UK study	perceptions of links between their physical condition and mental health, their experiences of living with depression and CHD and their own self-help strategies and attitudes to current PC interventions for depression.		förlust av arbete och det sociala livet, gott bemötande i vården, psykolog kontakt och terapi	
Turner, KM., Winder, R., Campbell, JL., Richards, DA., Gandhi, M., Dickens, CM., Richards, S. England 2017	Medline	9	Patients' and nurses' views on providing psychological support within cardiac rehabilitation programmes: a qualitative study	To explore patients' and nurses' views on the feasibility and acceptability of providing psychological care within cardiac rehabilitation services.	Kvalitativ design, ostrukturerade intervjuer	känsla av hopplöshet, oro, ingen energi, begränsad vardag, viktigt med gott bemötande i vården	12 av 12
Walsh, A., Kitko, L. & Hupcey, J. USA 2018	Medline	18	The experiences of younger individuals living with heart failure	The aim of the study was to investigate the experiences of younger persons living with heart failure.	Kvalitativ design, semistrukturerade intervjuer	Förlust av kontroll, autonomi, förändrad roll i familjen	11 av 12

Bilaga 3 – Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: _____
Författare: _____
Årtal: _____
Tidskrift: _____

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja Nej

Är urvalet beskrivet? Ja Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? Ja Nej

Hänger metod och syfte ihop?
(Kvalitativt syfte – kvalitativ metod) Ja Nej

Beskrivs datainsamlingen? Ja Nej

Beskrivs dataanalysen? Ja Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande? Ja Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen? Ja Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: