



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Upplevelsen av återhämtning efter en kranskärloperation

- En litteraturstudie

Christensson Ylva

Wickström Emelie

Handledare: Agneta Lindvall

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2017

Upplevelsen av återhämtning efter en kranskärloperation

Christensson Ylva

Wickström Emelie

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärt-kärlsjukdom är globalt sett, den dominerande orsaken till mortalitet. Tack vare de allt mer utvecklade behandlingsmetoderna, är det idag fler som överlever. En av dessa behandlingsmetoder är kranskärloperation, vilken är nödvändig vid förekomst av komplicerad kranskärlssjukdom. Det är en omfattande operation som kan resultera i såväl fysiska som psykiska konsekvenser för en individ. För att sjuksköterskan ska förstå individens upplevelse av återhämtningsprocessen, krävs god kunskap om operationens innebörd och likaså förståelse för vilka faktorer som spelar in under återhämtningsprocessen. .

Syfte: Syftet med denna studie var, att beskriva individers upplevelse av återhämtning efter en kranskärloperation.

Metod: För att besvara studiens syfte, har en litteraturstudie med kvalitativ design använts. Studien är baserad på 13 vetenskapliga artiklar, som har sökts fram i databaserna Cinahl och PubMed. Artiklarna analyserades utifrån Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visade att olika upplevelser under återhämtningsprocessen kan påverka individerna. Ur analysen framkom tre kategorier som visade hur återhämtningsprocessen kunde upplevas. Dessa var *begränsningar i vardagen*, *behovet av stöd* och *tillbaka till livet*.

Slutsats: Efter en kranskärloperation är det många faktorer som påverkar en individs upplevelse av återhämtningsprocessen. Genom en god förståelse av individens situation, tydlig information och praktisk vägledning, kan sjuksköterskan bidra till en gynnsam återhämtningsprocess i individens vardag.

Nyckelord: kranskärloperation, kvalitativ innehållsanalys, livsvärld, upplevelse, återhämtning

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	5
Hjärt-kärlsjukdom	5
Kranskärslsjukdom	5
Kranskärloperation	6
Upplevelse av återhämtning	6
Livsvärld	7
<i>Subjektiv kropp</i>	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Kvalitetsgranskning	10
Dataanalys	10
Resultat	11
Begränsningar i vardagen	12
<i>Fysiska besvär</i>	12
<i>Psykisk och emotionell obalans</i>	13
Behovet av stöd	15
<i>Stödjande resurser</i>	15
<i>Brist på stöd</i>	16
Tillbaka till livet	17
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	22
Slutsats	25
Självständighet	26
Referenser	27
Bilaga 1 Databassökningar	31
Bilaga 2 Granskningsprotokoll enligt Willman et al. (2011)	34
Bilaga 3 Artikelöversikt	36
Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys	38

Inledning

Globalt har hjärt- och kärlsjukdom varit den mest dominerande orsaken till mortalitet de senaste 15 åren (World Health Organization [WHO], 2017a). Dock har mortaliteten och insjuknande av hjärt-kärlsjukdomar minskat och inträffar idag främst hos den äldre befolkningen. Även insjuknandet av hjärt-kärlsjukdomar har minskat och inträffar idag främst hos den äldre befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2016). Den ökade överlevnaden kan förklaras med att allt fler effektiva behandlingsmetoder gällande hjärt-kärlsjukdomar har utvecklats (Norberg & Danielsson, 2009). Men fortfarande är det enligt Wallentin och Lindahl (2011) kranskärlssjukdom som är en av de vanligaste anledningarna till sjukhusvård i Sverige. För att behandla kranskärlssjukdom, menar WHO (2017b) att det i vissa fall kan bli nödvändigt med en kranskärlsoperation.

Enligt Allvin, Ehnfors, Rawal och Idvall (2008) kan individers upplevelse efter ett operativt ingrepp påverkas av fysiska symtom, individens välbefinnande samt förändringar i vardagslivet. Processen innefattar även fysiologiska, sociala, vanemässiga och psykologiska aspekter (ibid.). Återhämtningen efter en hjärtoperation upplevs av vissa individer som psykiskt och fysiskt påfrestande (Gardner, Elliott, Gill, Griffin & Crawford 2005; Kidd, Poole, Ronaldson, Leight, Jahangiri & Steptoe, 2016). Men det finns även studier som visar att individer upplever en god hälsa och förbättrad livskvalitet efter en kranskärlsoperation (Ballan & Lee, 2007; Peric et al., 2008). Ballan och Lee (2007) menar att för att uppnå detta krävs en vård där sjuksköterskan har erfarenhet från tidigare individers upplevelser samt en god förståelse av den postoperativa återhämtningen. Genom att förbereda och ge stöd före, under samt efter en kranskärlsoperation kan sjuksköterskan påverka upplevelsen av livskvalitet hos individen.

Det finns i nuläget främst kvantitativt vetenskapligt underlag som belyser återhämtningen efter en kranskärlsoperation (Merkouris et al., 2009; LaPier et al., 2008; Blokzijl et al., 2016; Gallagher, McKinley & Dracup, 2004). För att förstå en individs upplevelse av återhämtning efter en kranskärlsoperation, skulle en sammanställning av kvalitativ forskning kunna bidra till kunskapsunderlaget. Sjuksköterskan kan möta dessa individer på många olika instanser. Denna studie kan därmed bidra med en ökad förståelse för individens subjektiva känslor, vilket i sin tur kan leda till utformning av en individanpassad omvårdnad till de som genomgått en kranskärlsoperation.

Bakgrund

Hjärt-kärlsjukdom

Rosengren (2009) förklarar att hjärt-kärlsjukdomar är ett samlingsbegrepp för sjukdomar i kroppens cirkulationsorgan, det vill säga, hjärta och blodkärl. Exempel kan vara sjukdomar i hjärnans kärl, klaffsjukdom, hjärtsvikt och kranskärlssjukdom. Den vanligaste bakomliggande orsaken för hjärt-kärlsjukdom är åderförkalkning eller högt blodtryck. Här har levnadsvanorna en stor inverkan. Dåliga kostvanor, tobaksrökning, fysisk inaktivitet, övervikt och fetma samt de psykosociala faktorerna påverkar blodkärlens funktion och struktur negativt. Det är främst den äldre befolkningen som insjuknar i hjärt-kärlsjukdomar. Orsaken är inte åldern i sig, utan är en återspeglning av de risker som individen blivit utsatt för under åren (ibid.).

Kranskärlssjukdom

Kranskärlen är två artärer som förser hjärtats muskulatur med syrerikt blod (Lundh & Malmquist, 2009). Störst av dessa två är den vänstra som består av två grenar, en främre gren som försörjer hjärtats skiljeväg samt en gren som går runt hjärtats vänstra kant och till dess baksida. Den högra kransartären går istället runt hjärtats högra kant och försörjer bland annat undersidan samt delar av retledningssystemet. När dessa kärl blir åderförkalkade uppstår det förträngningar (Persson & Stagmo, 2008). Vid kranskärlssjukdom är det ett försämrat blodflöde i kranskärlen. Hjärtmuskulaturens syrebehov blir då otillräckligt (ischemi), vilket är symtomgivande. En kranskärlssjukdom kan även förekomma i tyst ischemi. Det innebär att syrebrist föreligger utan några påtagliga symtom. Utveckling av åderförkalkning är en långsam och successiv process (Ericsson & Ericsson, 2008). Vid åderförkalkning i kärlet kan medicinsk behandling användas. När den medicinska behandlingen är otillräcklig eller inte fungerar som en tillfredsställande symtomlindring, kan förträngningarna i kranskärlat åtgärdas genom revaskulering (återställande av blodförsörjning). Revaskulariseringen görs antingen med ballongvidgning eller genom en kranskärlsoperation. Vilken av åtgärderna som används, beror på kranskärlssjukdomens utbredning samt dess svårighetsgrad. Desto mer komplicerad sjukdomen är, desto större effekt har den valda behandlingsmetoden på överlevnaden och risken för återfall hos individen (Socialstyrelsen, 2015). Ballongvidgning innebär vidgning av de förträngda kärlet. För att sedan bibehålla vidgningen i kärlet, placeras ofta ett eller flera koronarstent in. Ballongvidgning är i Sverige den högst prioriterade metoden vid förträngning i ett kranskärl (Bergman, 2012). Kranskärlsoperation används främst vid de mer komplicerade tillstånden av förträngning. Denna operationsmetod har vid vissa tillstånd en bättre effekt än ballongvidgning

(Socialstyrelsen, 2015). Komplicerad kranskärslssjukdom leder ofta fram till att en kranskärslsoperation blir aktuell (WHO, 2017b).

Kranskärslsoperation

Symtomgivande kranskärslssjukdom är en indikation för kranskärslsoperation, vilken enligt Persson & Stagmo (2008) är en omfattande operation. Ask & Ivarsson (2012) förklarar att operationen utförs under narkos där bröstbenet vertikalt delas för att frilägga hjärta och aorta. Blodcirkulationen till hjärtat hämmas parallellt med att kranskärslen får en kaliuminfusion, vilket leder till asystoli. Kroppens cirkulations- och ventilationsfunktion upprätthålls då genom att aorta och vena cava kopplas till en hjärt-lungmaskin (ibid). Därefter förbypassas det förträngda kärlet med individens egna vener, ofta tagna från underbenet. På så vis kan nytt syrerikt blod åter nå perifera delar av kranskärlet (Persson & Stagmo, 2008). När operationen är utförd återställs kroppens egna funktioner långsamt. Därefter sutureras och bandageras huden (Ask & Ivarsson, 2012). Huvudsyftena med en kranskärslsoperation är att minska eller bota kärllkramp, förbättra prestationsförmåga, minska risk för tidig död samt för att minska risken för hjärtinfarkt (Wallentin & Lindahl, 2011).

Upplevelse av återhämtning

Sanders, Omar och Webster (2015) beskriver begreppet upplevelse som ett subjekt. De menar att det speglar individens känslor och uppfattning av sina erfarenheter. Individens erfarenheter påverkas av dennes förväntningar, vilka är individuella. Förväntningarna kan förändras med tiden och har olika faktorer som påverkar. Dessa faktorer är beroende av individens kön, ålder och förutsättningar. Även individens tidigare erfarenheter har en inverkan, t.ex. erfarenheter inom vården. Enligt Allvin, Ehnfors, Rawal och Idvall (2008) innebär återhämtning en dynamisk process under en period där individer upplever olika subjektiva känslor. Upplevelsen av återhämtning påverkas av olika faktorer. Dessa faktorer kan vara tiden det krävs för full återhämtning, stöd och uppmuntran samt regelbunden information. Dessa olika faktorer kan påverka upplevelsen av återhämtningsprocessen både positivt och negativt. Det är vanligt förekommande att individer kan känna oro inför utskrivning från sjukhus. Detta på grund av känslor av otillräcklig förberedelse. Återhämtningsprocessen kan då påverkas negativt då individen redan har en oro sedan tidigare. Allvin, Berg, Idvall och Nilsson (2007) beskriver återhämtning efter en operation, som en energikrävande process av att återgå till normalitet och fullständighet. En positiv upplevelse av återhämtning uppnås genom att återfå kontrollen över fysiska, sociala, psykologiska och vardagliga funktioner. Men även genom att nå en nivå av självständighet i vardagslivet. Allvin et al. (2008) menar att även om individer blir väl förberedda

innan hemgång från sjukhuset, så är återhämtningsprocessen olika för varje enskild individ beroende på tidigare erfarenheter.

Livsvärld

Livsvärlden är den unika individens upplevda känslor. Livsvärldsperspektivet syftar till att förstå dessa subjektiva känslor och upplevelser (Dahlberg, Sefesten, Nyström & Fagerberg, 2003). Bengtsson (2005) beskriver livsvärlden som komplex då den innefattar en mångfald av egenskaper. För att kunna skapa förståelse för livsvärlden krävs insikt för individens olika emotioner, kroppslighet och socialitet. Det behövs även en förståelse för de olika sätt en individ kan förhålla sig till sin egen livsvärld. Dahlberg et al. (2003) skriver att livsvärldsperspektivet uppmärksammar den dagliga tillvaron. Detta gör individen genom att se, beskriva och förstå. Det innebär verkligheten sedd utifrån den enskilda individen.

Dahlberg et al. (2003) menar att sjuksköterskan kan ta del av en individs livsvärld genom att uppmärksamma och förstå de levda upplevelserna och erfarenheterna som beskrivs. Genom en förståelse kan sjuksköterskan erhålla en ökad kompetens kring olika erfarenheter. Dessa upplevda erfarenheter kan sedan tillämpas för utformning av individanpassad omvårdnad. Dahlberg et al. (2003) menar att sjuksköterskan kan tillämpa tidigare erfarenheter kring livsvärlden för att bidra till fördelaktiga upplevelser av hälsa och välbefinnande.

Dahlberg et al. (2003) skriver att livsvärlden består av lidande och välbefinnande. Detta då båda förekommer i en individs värld. I livsvärldsperspektivet föreligger inga motsatsförhållanden för dessa begrepp. Välbefinnande kan upplevas trots lidande och tvärtom. Välbefinnande kan alltså upplevas trots tecken på sjukdom eller ohälsa. Dock kan lidande minskas genom att främja välbefinnande. Ett välbefinnande kan även skapas genom att tillgodose individens olika behov. Lidande kan leda till en påverkan på autonomin och skapa en obalans i det levda livet. Det är när individen upplever hälsa eller ohälsa som livsvärlden påverkas och förändras.

Subjektiv kropp

Enligt Dahlberg et al. (2003) är den subjektiva kroppen individens tillgång till det levda livet. Finns det ingen kropp finns det heller ingen värld. Varje individ lever, existerar samt upplever välbefinnande och lidande genom den subjektiva kroppen. Varje förändring i kroppen medför förändringar i livsvärlden. Den subjektiva kroppen påverkas av lidande och välbefinnande. Lidandet stör den normala tillvaron till världen, kroppen och omgivningen. Välbefinnande påverkar den subjektiva kroppen genom att minska lidandet och skapa balans. Den subjektiva kroppen är psykisk, existentiell,

fysisk och andlig. Detta medför att kroppen ses som en helhet, individen “har” inte sin kropp, utan “är” sin kropp.

Livsvärlden och begreppet subjektiv kropp ansågs som lämplig teoretisk referensram då den belyser upplevelser och erfarenheter utifrån den enskilde individen. Detta kan i sin tur resultera i en ökad förståelse för individers upplevelse av återhämtning efter en kranskärlsoperation. Dahlberg et al. (2003) menar att det är en förutsättning att kunna se individens egen livsvärld för att som vårdpersonal kunna hjälpa. Det ger möjlighet till individanpassad omvårdnad.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva individers upplevelse av återhämtning efter en kranskärlsoperation.

Mer specifikt var syftet att beskriva återhämtningen efter utskrivning från sjukhuset.

Metod

Design

För att svara på studiens syfte har en litteraturstudie baserad på kvalitativa vetenskapliga artiklar använts. En litteraturstudie är enligt Kristensson (2014) lämplig att använda då en sammanställning av tidigare forskningsresultat behövs för att besvara en specifik frågeställning. Axelsson (2012) skriver att en litteraturstudie innebär att en studies data baseras på primärkällor, som vetenskapliga artiklar och rapporter. En primärkälla innebär att artikeln eller rapportens författare, är forskaren som utfört själva undersökningen. Kvalitativa studier kännetecknas enligt Kristensson (2014) av fokus på individens eget perspektiv av undersökningsområdet. Här erhålls ett holistiskt synsätt där varje individs verklighetsuppfattning är individuell. För att undersöka upplevelser och få en förståelse för just subjektiva känslor menar Olsson & Sörensen (2011) att kvalitativa metoder används. Resultatet i en kvalitativ studie grundas på ett litet antal individer och ett stort antal variabler.

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier har använts i studien. Axelsson (2012) menar att inklusionskriterier används för att på enklast vis finna relevanta artiklar som svarar på studien syfte (ibid.).

Inklusionskriterier för studien var att artiklarna skulle vara kvalitativa, med fokus på upplevelser av återhämtning efter en kranskärlsoperation ur ett patientperspektiv, samt att individerna skulle vara

utskrivna från sjukhuset. Vidare inklusionskriterie var att alla individer skulle vara över 18 år. Artiklarna skulle ha ett etiskt godkännande, alternativt inneha ett etiskt ställningstagande. Enligt Kristensson (2014) ska artiklar som innefattar individer, ha ett etiskt tillstånd. Detta för att deltagande individer samt personuppgifter skall behandlas på ett forskningsetiskt korrekt sätt. Artiklarna skulle vara skrivna på det engelska språket. De skulle även vara peer reviewed, vilket Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) menar innebär att artiklarna är granskade av personer med erfarenheter inom ämnet. Exklusionskriterie var upplevelser under sjukhustiden samt artiklar som var publicerade innan år 2000. Kristensson (2014) förklarar att inklusions- och exklusionskriterier används för att identifiera fokus av population.

Datainsamling

Artikelsökning har skett i databaserna Cinahl och PubMed. Willman et al. (2011) beskriver att databasen Cinahl består bland annat av tidskrifter inom omvårdnadsvetenskap och PubMed av tidskrifter inom både medicin och omvårdnad. Sökningen har skett genom strukturerade sökningar med hjälp av söktermer i PubMeds uppslagsverk MeSH-termer, respektive Cinahls uppslagsverk Cinahl-Headings. Detta används enligt Willman et al. (2011) för att finna artiklar av relevans. Sökorden som användes utifrån Cinahl-headings och MeSH-termer var: *coronary artery bypass, recovery, life experiences, coronary artery bypass/rehabilitation*. Fritextsökning har använts, vilket Willman et al. (2011) menar innebär att alla referenser som innehåller det sökordet inkluderas (ibid.). Trunkering av söktermerna tillämpades med hjälp av asterisk (*). Detta skriver Willman et al. (2011) används genom att kapa ändelsen på söktermen så endast stammen kvarstår, vilket leder till att alla tänkbara ändelsen inkluderas i sökningen (ibid.). Detta användes för att få en större mångfald av artiklar. Sökning som har skett genom fritextsökning var: *Experience*, recovery, post CABG, life experience*, rehabilitation, coronary artery bypass surgery, coronary artery bypass*, lifestyle, after CABG, after coronary artery bypass, qualitative*. De booleska sökoperatorerna AND samt OR har använts i kombination med söktermerna för att få en systematisk sökning. Söktermer utifrån Cinahl-Headings och MeSH-termer har kombinerats med söktermer från fritextsökning i form av blocksökning (bilaga 1).

Artikelsökningen resulterade i 675 träffar totalt. Samtliga av dessa artiklar lästes på titelnivå varav 532 exkluderades då de inte svarade på studiens syfte. De övriga 143 ansågs relevanta och lästes på abstraktsnivå. Av dessa 143 artiklar exkluderades 117 artiklar då inte heller dessa svarade till studiens syfte. De övriga 26 lästes i fulltext, då de ansågs relevanta och handlade om livet efter en kranskärlsoperation. Av dessa 26 artiklarna valdes 13 bort då inte heller dessa ansågs svara på studiens

syfte. De artiklar som exkluderades under datainsamlingsprocessen var artiklar som behandlade upplevelser endast utifrån närståendes alternativt vårdarens perspektiv eller handlade enbart om tiden på sjukhus. Detta resulterade slutligen i att 13 artiklar återstod till kvalitetsgranskningen.

Kvalitetsgranskning

De 13 återstående artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av Willman et al. (2011) granskningsprotokoll för kvalitativ metod (bilaga 2). Kvalitetsgranskningen genomfördes för att studiens resultat ska baseras på vetenskapliga artiklar med hög kvalitet, för att bidra till studiens trovärdighet. Modifiering av granskningsprotokollet genomfördes då alla punkter inte ansågs betydelsefulla för studiens syfte. Modifieringen bestod av bortval av punkterna: om resultatet redovisades i förhållande till en teori samt om en teori genererades. Granskningsprotokollet innefattar frågor som besvaras med ”ja”, ”nej” och ”vet ej”. Ett poängsystem där ”ja” resulterade i en poäng och ”nej” samt ”vet ej” gav noll poäng användes för att sedan omvandla poängen till procent. Detta för att enklare kunna jämföra olika artiklarnas kvalitet. Artiklar som fick >90 % ansågs vara av hög kvalitet, artiklar med 70% eller högre ansågs vara av medel kvalitet och artiklar <70 % ansågs vara av låg kvalitet. De utvalda artiklarna granskades först enskilt, för att sedan kunna diskutera och jämföra de framkomna resultaten tillsammans. Av de 13 utvalda artiklarna ansågs samtliga vara av hög kvalitet och kunde därmed användas i studiens resultat (bilaga 3).

Dataanalys

I följande studie har Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys använts. Innehållsanalysen har utgått från en induktiv ansats, vilket enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär att studien bedrivs utifrån upptäckter ur en individs verklighet. Denna användes för att centrera kärnan i innehållet. Innehållsanalysen som har använts har varit manifest innehållsmässigt, med latent inslag. Kristensson (2014) skriver att manifest innebär identifiering av det uppenbara av textens likheter och skillnader, medan det latent fokuserar på textens innehållande mening eller betydelse. Kristensson skriver även att manifesta innehållsanalyser ofta innehåller en viss tolkning. Även Danielson (2012) lyfter att en kvalitativ innehållsanalys inte kan vara helt manifest, då en viss tolkning av texten behövs.

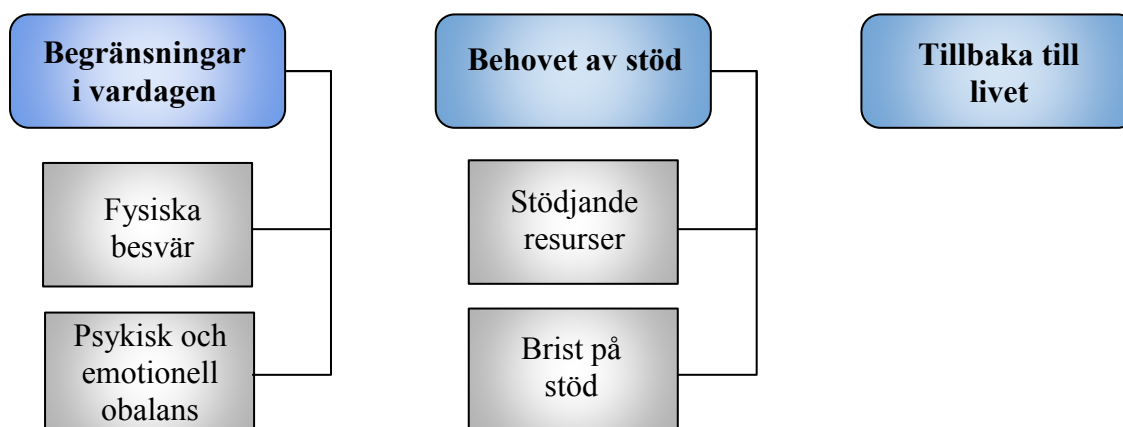
De 13 utvalda artiklarna lästes först igenom individuellt och sedan tillsammans. Graneheim och Lundman (2004) menar att genom läsning av texten ett flertal gånger skapas en djupare och mer noggrann förståelse av dess innehåll. Meningsbärande enheter som svarade på syftet valdes sedan ut ur artiklarna enskilt. Kristensson (2014) förklarar meningsbärande enheter som de delar i texten som svarar till studiens syfte. Enheterna skrevs sedan in i ett dokument. Därefter diskuterades och

sammanställdes meningarna gemensamt, för att säkerställa konsensus. De som inte ansågs besvara syftet sorterades bort, medan de som ansågs göra det översattes till det svenska språket. Detta gjordes med hjälp av ett engelsk-svenskt lexikon. De meningsbärande enheterna kondenserades gemensamt, vilket enligt Graneheim och Lundman (2012) innebär nedkortning av den meningsbärande enheten där kärnan kvarstår. Kondenseringen abstraherades sedan gemensamt till några få ord, vilka benämns koder. Graneheim och Lundman (2012) beskriver koder som etiketter på den meningsbärande enheten.

Efter kondensering och kodning skrevs alla meningsbärande enheter ut och klipptes ut i remsor. Detta för att få en tydlig överblick. Därefter jämfördes de för att finna samband. Alla meningsbärande enheter som hade samma innebörd skapade sedan kategorier och underkategorier. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en kategori det uppenbara och centrala i texten. Det är genereringen av kategorierna som är den kvalitativa innehållsanalysens kärna.

Resultat

I resultatet identifierades tre kategorier och fyra olika underkategorier. Den första kategorin är *Begränsningar i vardagen* med *fysiska besvär* och *psykisk och emotionell obalans* som underkategorier. Den andra kategorin benämns *Behovet av stöd*, bestående av underkategorierna *stödjande resurser* och *brist på stöd*. Den sista kategorin identifierades som upplevelsen av att komma *Tillbaka till livet*. För översikt, se figur 1. Citat har använts i resultatet för att konkretisera innehållet under respektive kategori och underkategori.



Figur 1: Kategorier och underkategorier.

Begränsningar i vardagen

I denna kategori presenteras återhämtningens begränsningar, vilka individer upplevt i sin vardag efter genomgången kranskärloperation. Begränsningarna visade sig som både fysiska besvär samt psykisk och emotionell obalans. Till följd av de uppkomna begränsningarna kunde en känsla av förändrad normalitet upplevas.

Fysiska besvär

Av de fysiska besvären, dominerade upplevelsen av smärta. Individer upplevde smärta som en följd av operationen. Den smärtan som kunde upplevas var bröstsmärta, smärta efter operationsärren samt smärta som var matsmältningsliknande, exempelvis magkatarr. Dessa olika typer av smärta resulterade ofta i att individer upplevde de dagliga sysslorna i hemmet som fysiskt påfrestande (Theoblad, Worall-Carter & McMurray, 2005; Theoblad & McMurray, 2004; Koivunen, Isola, Lukkarinen, 2007; Lie, Bunch, Smeby, Arnesen & Hamilton, 2010; Martinsen & Moen, 2010; Lindsey, Smith, Hanlon & Wheatley, 2000).

” All participants experienced some form of physical pain as a result of their surgical encounter.”

(Theoblad et al., 2005, s. 80)

Den upplevda bröstsmärtan beskrevs av vissa individer som oväntad. De förväntade sig inte att ha bröstsmärta även efter genomförd operation. Även förändringar i smärtintensiteten upplevdes, vilket kunde resultera i oro och obehag (Lie et al., 2010; Martinsen & Moen, 2010). Individer kunde uppleva svårigheter i att skilja på de olika typerna av smärta. Det var framförallt svårt att veta om bröstsmärtan var muskulär, från bröstbenet eller om det var smärta från hjärtat (Martinsen & Moen, 2010).

En känsla av förändrad normalitet efter operationen var något som kunde upplevas. De kände att de inte hade förmåga att göra samma saker som innan operationen, eftersom de nu upplevde en nedsatt fysisk funktion. De hade tappat mycket av sin fysiska förmåga. Vissa kände att detta berodde på deras muskelförlust (Theoblad et al., 2005; Banner, Miers, Clarke & Albarran, 2011; Theoblad & McMurray, 2003; Koivunen et al., 2007). De fysiska symtomen ledde till upplevelser av obehag (Koivunen et al., 2007). Problem som kunde upplevas var sexuella problem, en känsla av att tappa andan vid ansträngning samt en förlust av smak där det sistnämnda i sin tur kunde resultera i viktnedgång (Theoblad et al., 2005; Theoblad & McMurray, 2004; Lie et al., 2010; Koivunen et al., 2007). Sömnproblem och energibrist var något som upplevdes under återhämtningen. Sömnsvårigheterna uppgavs bestå i både problem med att somna och i att vakna för tidigt.

Energibristen beskrevs som en konstant trötthet och ett behov av att vila under dagtid (Theoblad et al., 2005; Lapum, Angus, Peter & Watt-Wattson, 2011; Lie et al., 2010; Hartford 2004).

Psykisk och emotionell obalans

Operationen kunde leda till att individer kände en psykisk obalans och var emotionellt nedstämda, deprimerade eller hade ångest (Theoblad et al., 2005; Dunckley, Ellard, Quinn, & Barlow, 2007; Lie et al., 2010; Koivunen et al., 2007). Individer uppgav att de kände sig deprimerade över att de inte hade förmåga att göra allt de ville. Därav uppkom även en upplevelse av ångest över att behöva förlita sig på andra. Depressionen uppgavs även ha sin grund i osäkerhet och oro (Theoblad et al., 2005; Theoblad & McMurray, 2004; Koivunen et al., 2007; Martinsen & Moen, 2010; Hartford 2004). Svårigheter i att förklara sina känslor för närstående var vanligt förekommande, vilket i sin tur kunde resultera i att de istället valde att dölja sina känslor. Detta gav en känsla av isolering, ångest och nedstämdhet (Theoblad et al., 2005; Koivunen et al., 2007; Banner et al., 2011).

Under återhämtningen förekom bland annat funderingar kring livet. Individer uttryckte en stor oro över att livet aldrig mer skulle bli normalt. De oroade sig över att aldrig få tillbaka sitt tidigare liv och över att inte kunna bli samma person som innan operationen. Deras syn på normalitet blev hotad, vilket ledde till upplevelse av ångest (Lie et al., 2010; Dunckley et al., 2007; Banner et al., 2011; Martinsen & Moen, 2010) En oro över framtiden och dess oklarheter kunde finnas hos individer (Theoblad & McMurray, 2004; Lie et al., 2010). En av begränsningarna uttrycktes som ett behov av att sakta ner. Detta för att uppnå en optimal återhämtning. En känsla av ångest operation på grund av uppkomna komplikationer och begränsningar, var tankar som bland annat kunde förekomma. Likaså kunde olika existentiella frågor där individer ifrågasatte sin dödlighet uppkomma (Theoblad et al., 2005; Fix & Bokhour, 2011; Banner et al., 2011).

” Patients’ thoughts circled around what had happened, and what was going to happen in the future.”

(Lie et al., 2010, s.17).

Som ett resultat av operationen upplevdes ofta oro och rädsla. Exempelvis kunde de känna en oro över att ligga på “hjärt-sidan”. De uppgav att det då kändes som att något rörde sig inuti kroppen. De kunde även känna en oro över arbetsliv och över familjemedlemmars mående. Andra upplevde en rädsla över eventuella biverkningar av de ordinerade medicinerna. (Lapum et al., 2011; Fix & Bakhour, 2011; Lie et al., 2010; Martinsen & Moen, 2010; Theoblad & McMurray, 2004). Individer kunde även känna osäkerhet och rädsla över transplantatens funktion, att de inte skulle fungera optimalt eller att de inte

skulle hålla (Lie et al., 2010; Abbasi, Mohammadi, Nikbakht Nasarbadi, Boudouin Fuh & Sadeghi, 2014; Fix & Bokhour, 2011). Det kunde finnas en rädsla över att hosta och att röra sig, då de var oroliga över att stygnen skulle brista (Abbasi et al., 2014; Dunckley et al., 2007). Det förekom en osäker och oroande känsla över vad de kunde göra och vad de inte kunde göra (Fix & Bokhour, 2011). En oroskänsla kunde även skapas över sömn, smärta, andfåddhet, sårläkning och impotens (Hartford, 2004; Lie et al., 2010). Det framkom även en stor osäkerhet över gränserna för sin fysiska förmåga. De var glada att de hade möjlighet att röra sig mer fritt igen, men upplevde ändå en oro och rädsla över riskerna för överansträngning (Theoblad et al., 2005; Koivunen et al., 2007; Dunckley et al., 2007; Theoblad & McMurray, 2004).

” ...they spoke of fear of causing damage to their heart, or that they may trigger another heart attack by doing to much.”

(Theoblad & McMurray, 2004, s.38).

Förändringar i koncentrations- och minnesfunktioner var något som kunde upplevas. Koncentrationsförändringar berodde på känsla av att inte ha samma koncentrationsförmåga som innan operation, vilket kunde resultera i att deras val av hobbyaktiviteter begränsades (Theoblad et al., 2005; Dunckley et al., 2007) Förändringar i minnet bestod av upplevelse av att de var mer glömska efter operationen. Individer uppgav då att de efter utskrivningen inte kom ihåg den muntliga informationen de fick från vårdpersonalen (Dunckley et al., 2007; Koivunen et al., 2007; Martinsen & Moen, 2010)

” Loss of concentration and memory were common problems felt by a large number of the participants”

(Theoblad et al., 2005, s.81)

En del av den psykiska och emotionella obalansen var ouppnådda förväntningar. Individer kunde uppleva att deras förväntningar av operationen inte var uppfyllda. De uppgav att de mådde mycket sämre än förutspått och kände då en frustration över detta (Theoblad et al., 2005; Hartford, 2004; Lindsey et al., 2000; Banner et al., 2011). De uttryckte att återhämtningen tog tid och att den upplevdes värre än förväntat (Lindsey et al., 2000). De uppgav oförmåga av att stötta sina närstående och att återgången till sin tidigare familjeroll var utmanande (Martinsen & Moen, 2010).

” Just the fact that I thought that I would feel a lot better than what I am. I expected more. I thought I would be 20 years old again.”

(Hartford, 2004, s.465).

Behovet av stöd

I denna kategori presenteras individers upplevelse av behovet av stöd under återhämtningen, efter genomgången kranskärloperation. Individer upplevde att det stöd de fick var ovärderligt. Detta stöd upplevdes som mycket betydelsefullt och att det utan, hade försvårat återhämtningen. Andra uttryckte en brist på stöd och att detta i sin tur ledde till svårigheter i vardagen.

Stödjande resurser

Det familjära stödet individer fick, upplevdes som betydelsefullt. Känslan av att ha en vän eller familjemedlem hemma som stöd och även för assistans var betydelsefullt och stöttande (Lapum et al., 2011; Koivunen et al., 2007). Familjemedlemmar och vänner beskrevs som resursfulla. Individer uppgav att dessa var den största och viktigaste källan till stöd. Familj och vänner förklarades vara stöttande både psykiskt och fysiskt. De hade en positiv inverkan på återhämtningen (Banner et al., 2011; Mohammadi et al., 2014; Martinsen, & Moen, 2010; Theoblad & McMurray, 2004; Dunckley et al., 2007).

” They mentioned their families, relatives and friends as the most significant sources of support.”

(Koivunen et al., 2007, s. 692)

Mängden stöd individer fick påverkade återhämtningsprocessen. Ju mer uppmärksamhet och stöttning de fick, desto bättre upplevdes återhämtning (Theoblad & McMurray, 2004; Dunckley et al., 2007). Den familjära omgivningen ledde till att fysiska känslor kunde undertryckas, den lindrade rädsla och skapade säkerhet (Lapum et al., 2011). Individer uttryckte tacksamhet för det stöd de fått. De uppgav även att de inte hade klarat sig utan stöd (Theoblad et al., 2005; Theoblad & McMurray, 2004).

Individer upplevde att vetskapen om vart de skulle kunna vända sig för information och stöd gav mindre stress. Det kunde resultera i en känsla av lugn. Stödet de upplevde var både från familj och vänner, från sjukvårdspersonal och från olika sociala grupper (Dunckley et al., 2007; Koivunen et al., 2007). Sjukvårdspersonalen ansågs bidra med god stöttning. Informationen individer erhölet innan utskrivningen från sjukhuset, ansågs ha givits på ett så bra sätt att det kunde resultera i en känsla av stöttning även efter hemkomst. Individer uttryckte även att trots att sjukhuset sågs som en komfortzon, så ville de inte tillbaka dit. De kände sig trygga även hemma, då det var i hemmet den viktigaste källan till stöd ansågs finnas (Dunckley et al., 2007; Koivunen et al., 2007). Individer uttryckte en tacksamhet och förklarade den positiva effekten av att träffa likasinnade individer. De upplevde det som hjälpande att prata med andra som delade samma upplevelser av operationen. Deltagandet i olika grupper minskade även deras ångest (Dunckley et al., 2007; Lapum et al., 2011; Koivunen et al., 2007).

“To meet like minded people with similar experiences, that’s good, you know, because you think nobody else is going through what you’re going through.”

(Dunckley et al., 2007, s. 39)

Brist på stöd

I hemmet kunde individer uppleva en brist på stöd eller hjälp då de insåg att vissa uppgifter inte längre gick att genomföra. Detta gjorde att en anpassning till den nya situationen och till uppkomna hinder blev nödvändigt (Theoblad et al., 2005; Banner et al., 2011; Lapum et al., 2009; Koivunen et al., 2007; Theoblad & McMurray, 2004). Dessa individer kände sig hjälplösa och uttryckte specifikt att de hade behövt någon hos sig under återhämningsperioden (Theoblad et al., 2005; Dunckley et al., 2007).

“I sort of adapted to do things because there's no help”

(Theoblad et al., 2005, s.82)

De kunde även känna att de saknade en länk till sjukhuset efter utskrivning. Det var i hemmet tankar och frågor kring återhämtningen uppkom, vilket kunde leda till att de kände sig övergivna och oskyddade (Lapum et al., 2011; Lie et al., 2010). Individer beskrev svårigheter med att anpassa sig till och att acceptera livsstilsförändringar. De kände sig inte redo för att varken förstå eller inleda egenvård och restriktioner. Detta gällde främst rekommendationer för träning, kost och rökstopp. Detta kunde upplevas på grund av bristande information (Theoblad et al., 2005; Lie et al., 2010; Martinsen et al., 2010; Fix & Bokhour, 2011). De visste inte vart de skulle vända sig för att få stöd och hjälp efter hemgång (Banner et al., 2011). En upplevelse av att de i hemmet var sårbar kunde uppkomma till följd av det plötsliga ansvaret över egenvård och en otillräcklig uppföljning. Vårdens omedvetenhet angående individers situation kunde skapa frustration (Lapum et al., 2011; Fix & Bokhour, 2011).

“This transition period, was also problematic as many were unaware of available sources of support leaving many feeling abandoned by health professionals and unsure of whom to contact for advice”

(Banner et al., 2011, s.924)

Upplevelsen av brist på stöd skulle även kunna bero på en otillräcklig och otydlig information om återhämtningen. Detta kunde resultera i oförberedelse på det obehag och de begränsningar operationen medförde, vilket skapade en osäkerhet hos individerna (Theoblad et al., 2005; Lapum et al., 2011; Martinsen & Moen, 2010; Fix & Bakhour, 2011; Banner et al., 2011). Till följd av en otillräcklig information från vården upplevdes även rädsla och ångest. Detta eftersom individer hade en dålig uppfattning om vad som var normalt att känna efter en kranskärlsoperation, vilket kunde leda till

rädsla att bli lämnad ensam under återhämtningen (Lapum et al., 2011; Lie et al., 2010; Fix & Bakhour, 2011; Banner et al., 2011; Koivunen et al., 2007).

“It’s not knowing within yourself what’s right or wrong, you know a pain, a bit of shortness of breath... It’s those sort of things that wouldn’t happen if you knew a bit more... I suppose I didn’t know what was normal”

(Banner et al., 2011, s. 924)

Individer uppgav även att de hade en dålig förståelse av operationens innebörd och dess betydelse för överlevnaden. De visste inte heller vad som förväntades att de skulle göra efteråt. Osäkerheten berörde främst rekommendationer, engagemangsnivå, läkemedel, symtom samt uppkommen smärta (Theoblad et al., 2005; Lie et al., 2010; Martinsen & Moen, 2010; Fix & Bakhour, 2011; Banner et al., 2011). Individer kunde ändå känna att operationen i alla fall hade åtgärdat deras hjärtproblem (Abbasi et al., 2014; Fix & Bakhour, 2011).

“I am wondering ... if I can exercise, yeah, I am unsure of criteria, symptoms, pain, etc., I lack information.”

(Martinsen & Moen, 2010, s.17)

Tillbaka till livet

I denna kategori presenteras upplevelsen av att komma tillbaka till livet under återhämtningsprocessen. Det upplevdes bland annat att operationen hade försett individer med ett nytt liv och en förbättrad hälsa. Under återhämtningen fann individer även balans i sitt känslomässiga liv och den ökade fysiska förmågan ledde till ytterligare framsteg.

Även om begränsningar i vardagen förekom hos individer efter operationen, kunde även positiva förbättringar upplevas. Dessa förbättringar kunde i sin tur leda till upplevelser av hopp inför det framtida livet och inför en ökad förbättring. Förbättringarna som upplevdes var både fysiska och psykiska (Mohammadi et al., 2014; Banner et al., 2011).

” After surgery, they observed an ongoing improvement in their physical and mental status, which increased their hope for a longer life.”

(Mohammadi et al., 2014, s.132)

Individer som upplevde en förbättrad hälsa efter operationen ansåg att operationen hade varit lönsam och kände sig nöjda (Fix & Bakhour, 2011; Lindsey et al., 2000). Individer kände att operationen hade räddat deras liv och att de utan den kanske inte hade levt idag. De uttryckte även att operationen hade medfört att de nu kände sig återhämtade, fräscha och ungdomliga. De kunde få en känsla av att känna

sig yngre (Abbasi et al., 2014; Fix & Bakhour, 2011; Lindsey et al., 2000). Känslan av att vara yngre kunde även kännetecknas av upplevelse av att vara pånyttfödd. Individer uttryckte att operationen hade gett dem en känsla av att födas på nytt. De upplevde att de nu hade möjligheten till att leva igen och att börja ett nytt liv. De hade getts en andra chans till livet (Mohammadi et al., 2014; Lindsey et al., 2000; Lie et al., 2010).

“The operation has made me feel as if I have been reborn.”

(Lindsey et al., 2000, s.1416)

Under återhämtningen kunde individer uppleva en känslomässig balans och ett välbefinnande. De oroade sig inte längre för plötslig död eller för en hjärtinfarkt (Lindsey et al., 2000; Banner et al., 2011; Abassi et al., 2014; Koivunen et al., 2007). I och med att oron och rädslan minskade uttryckte individer en stark vilja att återgå till normala aktiviteter. De ville återuppta sin ursprungliga funktion. En stark bidragande faktor till återupptagandet av normala funktioner var minskning av symtom och friheten av att kunna utföra dagliga aktiviteter. När obehagliga symtom, såsom t.ex. andfåddhet eller smärta avtog, gav det en bättre rörlighet och större möjligheter till att utföra dagliga aktiviteter (Lindsey et al., 2000; Hartford, 2004; Banner et al., 2011). I samband med att den fysiska funktionen återupptogs kunde individer känna sig mer säkra när de var ensamma (Lie et al., 2010). I takt med att individernas fysiska funktioner återupptogs, kunde de även känna att deras psykiska välmående förbättrades. De kände sig lugna över att de hade fått balans i det dagliga livet. Individer uttryckte att operationen hade lett till att de nu upplevde meningsfullhet för det fortsatta livet (Mohammadi et al., 2014; Koivunen et al., 2007).

“The participants expressed the feeling that their life after CABG was more meaningful and they looked forward to having a better and longer life.”

(Mohammadi et al., 2014, s. 131)

Framsteg i återhämtningen gav självförtroende. Självförtroendet ökade när den fysiska förmågan testades och befanns vara till viss del återställd. Detta ledde till att de blev mer självständiga i sin vardag, vilket även blev en markör för hälsosam återhämtning (Banner et al., 2011; Koivunen et al., 2007). Förbättring av deras fysiska och psykiska förmåga ledde till mer hoppfullhet inför framtiden (Abbasi et al., 2014; Mohammadi et al., 2014; Lapum et al., 2011).

För att återhämtningen skulle upplevas positiv använde sig individer av olika strategier för att hantera de olika fysiska och psykiska påfrestningar som upplevdes under återhämtningsprocessen. Detta kunde göras genom läkemedel, att ändra position, att lyssna på avslappnande musik eller genom att undvika

användandet av kläder som irriterade såren (Theoblad et al., 2005). Att komma hem i hemmiljön kunde vara ett sätt att återfå välbefinnande. Hanteringen av oro och ångest bestod i en självvald ensamhet eller ett begränsat umgänge med närstående (Lapum et al., 2011; Martinsen & Moen, 2010). Individer uppgav att en beslutsamhet behövdes för en positiv återhämtning, detta genom att pressa sig till att göra saker, att tänka samt att vara positiv (Dunckley et al., 2007). Även andligheten kunde ha en viktig del av återhämtningen. Genom Gud hade de fått ett leasingavtal på livet (Mohammadi et al., 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Studien utfördes med en kvalitativ design, då avsikten var att beskriva individers upplevelser, vilket även Olsson och Sörensen styrker är ett lämpligt val. För att besvara studiens syfte hade även en empirisk studie kunnat användas, dock menar Olsson och Sörensen (2011) att det i examensuppsatser är vanligt att studierna styrs mot litteraturstudier. På Blekinge Tekniska Högskola fick empiriska studier endast göras på studenter, vilket inte var av relevans för denna studie. Valet av design ansågs därför vara mest fördelaktigt för att svara mot studiens syfte. En fördel kan ha varit att studien innefattar ett större urval av data, från olika länder, vilket Willman et al. (2011) menar ger ett mer generaliserbart och trovärdigt resultat. Dock är det enligt Kristensson (2014) i kvalitativa studier läsaren som avgör generaliserbarheten genom en rimlighetsbedömning.

Data har valts utan hänsyn till land, eftersom upplevelser är subjektiva och behöver därför heller inte vara beroende av härkomst. Materialet till artiklarna kommer från nio olika länder, vilket ansågs som en fördel då det bidrar till ett vidare perspektiv, där eventuella likheter och skillnader mellan länderna skulle kunna uppenbaras. Denna inklusion styrker Willman et al. (2011) som menar att flera länder krävs för evidensstyrka samt att det stärker studiens trovärdighet. En inklusion av ytterligare länder hade därmed eventuellt kunnat resultera i ett ännu vidare perspektiv än vad som framkommer i denna studie. Dock framkommer det inte i artiklarna hur vårdprocessen för en kranskärlsoperation ser ut i de olika länderna, vilket resulterar i att vårdprocessens eventuella inverkan på individens subjektiva känslor inte framkommer. Dock har ingen markant skillnad mellan individernas upplevelser påträffats i denna studie. Det framkommer inte heller i denna studie om eventuella skillnader i individens upplevelse av återhämtning skulle kunna påverkas av om ingreppet utförs under planerade- eller akuta förhållanden.

Vissa artiklar innehöll perspektiv utifrån både patient, närstående samt vårdpersonal. Det var även en artikel som lyfte både pre- och postoperativa upplevelser. Ur dessa inkluderades endast meningsenheter ur patientperspektivet samt de postoperativa upplevelserna efter utskrivning. Detta ansågs lätt att göra då det i artiklarna tydligt gick att urskilja de olika perspektiven, samt vilken tidsperiod delarna i resultaten syftade till. Artiklarna valdes utan hänsyn till genus, vilket borde stärka studiens trovärdighet eftersom detta ger möjlighet till att belysa upplevelserna utifrån olika erfarenheter, vilket även Graneheim och Lundman (2012) styrker. Eftersom kranskärslssjukdom och behovet av kranskärslsoperation främst förekommer hos individer i högre ålder, inkluderades endast individer över 18 år. Ur de valda artiklarna var det ett åldersspann på 39–85 år, vilket kan ha bidragit till ett mer generaliserbart resultat eftersom åldern skiljer sig åt mellan individerna och därmed kan ge ett vidare perspektiv. Dock skulle livssituationen kunna variera mellan olika åldersgrupper, kön samt att upplevelsen av återhämtningen kan ha påverkats hos individer som har andra sjukdomstillstånd, förutom sin hjärt-kärslsjukdom. I studien har inga avgränsningar gjorts gällande hur lång tid efter en kranskärslsoperation de valda artiklarna syftar till. Detta gjordes med avseende till att varje upplevelse är unik och att återhämtningen kan ta olika lång tid för varje individ. Valet att inte göra någon avgränsning i detta avseende anses som en fördel då en begränsning hade kunnat minska mängden funnen data.

Valet av årsspann kan ha haft en inverkan på antalet träffar vid datainsamlingen, då ett större spann skulle kunna ha gett ett vidare perspektiv. Dock menar Olsson och Sörensen (2011) att de vetenskapliga artiklarna i en litteraturstudie bör vara så aktuella som möjligt samt att tidsspannet bestäms utifrån studiens syfte och relevans. Därmed ansågs detta årsspann relevant till denna studie, samt att det i sökningen erhöles en tillfredsställande mängd data. Det engelska språket valdes för att artiklarna skulle kunna läsas utan större hinder. Det hade möjligen kunnat inkluderas en större mängd data om fler språk hade valts att användas. Dock är det enligt Olsson och Sörensen (2011) det engelska språket som är det vetenskapliga språket, med anledningen att de vetenskapliga artiklarna ska kunna läsas och spridas till så många som möjligt. För att skapa en större trovärdighet på artiklarna, användes peer review, vilket även Willman et al. (2011) styrker. I studiens resultat har alla artiklar haft ett etiskt godkännande eller ett etiskt ställningstagande med anledning av bevarade av individens rättigheter samt värdighet, vilket bidrar till att stärka studiens trovärdighet.

Användandet av de valda databaserna ansågs som relevant då de innehåller vetenskapliga artiklar inom ämnet hälso- och sjukvård. Willman et al. (2011) lyfter att det är av vikt att forskargruppen känner till databasernas inriktning för att finna relevant forskning (ibid.). En svaghet kan här ha varit att

sökningen endast skett i två databaser, då sökresultatet kan ha begränsats. Sökning i flera databaser skulle därför kunnat påverka resultatet samt ökat mängden data, eftersom Willman et al. (2011) menar att en tillfredsställande omfattning av den systematiska litteratursökningen, utgörs av sökning i flera olika databaser. Dock ansågs de två databaserna som tillräckligt, då de erhöll en tillfredsställande datamängd.

Att använda uppslagsverk för att söka fram söktermer menar Olsson och Sörensen (2011) kan effektivisera sökningen, eftersom olika databaser använder olika söktermer. Därmed kan en fördel med att söka termer i respektive uppslagsverk ha varit att söktermer utformades specifikt efter databasen och ledde till ett relevant sökresultat. Dock skulle sökning endast utifrån uppslagsverk kunna begränsa mängden data, därför har även fritextsökning använts, vilket Willman et al. (2011) menar utökar sökningen. Söktermer kombinerades med de booleska termerna AND samt OR, vilket gjordes eftersom Kristensson (2014) förklarar att det bidrar till sensitivitet i sökningen. De booleska termerna underlättade sökningen genom att antingen begränsa eller bredda. Genom kombination av dessa sökoperatörer på rätt sätt, menar Willman et al. (2011) att sökningen centreras till relevant litteratur och inriktas på ett begränsat område. Sökoperatören NOT ansågs inte av relevans att använda då det nödvändigtvis inte fanns någon term att exkludera ur sökningen. Hade NOT valts att användas för att exkludera exempelvis personalens eller närståendes perspektiv, skulle två av artiklarna kunnat utebli i sökningen, vilket i sin tur hade kunnat påverka resultatet. Trunkering användes i sökningen vilket ansågs som en fördel då Willman et al. (2011) lyfter att det används för att utöka sökningen och leder till att alla kombinationer med ändelsen av ordet inkluderas.

Användandet av Willman et al. (2011) granskningsprotokoll för kvalitetsgranskning av artiklarna ansågs vara en fördel då mallen ansågs enkel att förstå. Modifieringen av protokollet skulle kunnat ha påverkat resultatet, eftersom det kan ha lett till att kvaliteten på artiklarna skulle kunnat ha blivit annorlunda utan modifiering. Dock menar Willman et al. (2011) att granskningsprotokollet skall anpassas till den aktuella granskningen genom att modifieras. Att artikelgranskningen skedde enskilt, för att senare jämföras och diskuteras, menar Willman et al. (2011) är ett sätt för att säkerställa att artiklarna håller en vetenskaplig kvalitet samt för att öka studiens trovärdighet.

Studiens analys gjordes främst utifrån en manifest ansats då text inte skulle tolkas. Analysen i denna studie innehar även vissa latent inslag vilket skulle kunna ha lett till en viss feltolkning. Dock menar Danielson (2012) att latent inslag ger ett utrymme för en djupare förståelse av innebörden. Att artiklarna lästes och meningsenheterna plockades ut enskilt, kan ha varit en fördel då risken för utebliven data minskar. Meningsenheterna översattes med hjälp av ett engelsk-svenskt lexikon för

minimering av feltolkning. Kondensering och kodning gjordes gemensamt med syftet att kunna diskutera och jämföra utformning med så lite feltolkning som möjligt, vilket kan ha påverkat resultatet positivt. Hade detta skett enskilt för en senare diskussion och jämförelse skulle det kunnat påverka resultatet annorlunda. Genom att meningsenheterna, kondenseringen samt kodningen skrevs ut på papper, menar Graneheim och Lundman (2012) att det bidrar till ett mer trovärdigt resultat eftersom risken för felplacering av koder minskas. Koderna kategoriserades och underkategoriserades gemensamt för att kunna diskuteras samt finna konsensus. Detta kan ha bidragit till ett tydligare resultat samt högre trovärdighet, då kategorier respektive underkategorier diskuterades fram och tillbaka för att finna likheter, samt för att undvika att data skulle falla bort. Dock upplevdes det svårt att skapa kategorier, då koderna verkade gå in i varandra och kunde uppmärksamma flera upplevelser. Krippendorff (2013) betonar att ingen data ska hamna mellan kategorier eller passa in under flera än en. Dock menar Graneheim och Lundman (2012) att detta är svårt att tillgodose, då det är upplevelser som undersöks och eftersom dessa kan vara så sammanflätade att de skulle kunna passa in under fler än en kategori. Därför ansågs inte svårigheterna med att placera koder under rätt kategori ha haft stor inverkan på resultatet och tros därför inte heller påverkat trovärdigheten. Exempel på analysen har använts eftersom Graneheim och Lundman (2004) menar att det stärker trovärdigheten (bilaga 4). Trovärdigheten kan ytterligare ha stärkts genom användandet av citat i resultatet (Kristensson, 2014; Graneheim & Lundman, 2004).

Fördelen med metoden kan vara att innehållsanalysen gemensamt har omarbetats flertalet gånger för framkomst av ett relevant och korrekt resultat. Diskussionerna under analysprocessens gång, förde analysarbetet framåt.

Resultatdiskussion

Det mest framträdande i resultatet var upplevelsen av förändring av vardagen under återhämtningsprocessen. Den påverkan som tydligast beskrevs innehöll faktorer som påverkade individerna både psykiskt och fysiskt, vilket även Gardner et al. (2005) menar är något som kan upplevas som påfrestande. Det framkom i resultatet att de påverkande faktorerna resulterade i att individerna kunde uppleva varierande begränsningar i sin vardag. Begränsningarna kunde uttryckas som ett lidande, vilket enligt Dahlberg et al. (2003) är något som stör individens livsvärld. Lidandet uppkom bland annat till följd av de fysiska begränsningarna. Även Allvin et al. (2008) har i sitt resultat funnit att fysiska symtom kan påverka individens upplevelse efter en operation (ibid.). De fysiska begränsningarna bestod av bland annat smärta, energibrist och nedsatt fysisk funktion. Detta menar Dahlberg et al. (2003) skulle kunna skapa en förändring av den subjektiva kroppen, vilket kan

medföra en förändring i individens livsvärld. Trots förekomst av en upplevd fysisk förändring, framkom det ingen upplevd förändring utseendemässigt. Ärrer efter en kranskärloperation skulle kunna påverka synen på den egna kroppen. Dahlberg et al. (2003) menar på att synen på den subjektiva kroppen påverkar individens livsvärld. Trots ärrer framkom det inte i resultatet om individerna upplevde att de utseendemässiga förändringarna hade någon betydelse.

Psykiska och emotionella faktorer upplevda som begränsningar representerades främst av oro, men även som depression och ångest. Kidd et al. (2016) lyfter att det främst är ångest och depression som förekommer hos individer som genomgått en kranskärloperation. Dock påvisar denna studies resultat att oron skulle kunna vara en bakomliggande orsak till depressionen. Allvin et al. (2008) visar i sitt resultat att ångest och depression har en påverkan på livskvaliteten samt återhämtningsprocessens upplevelser. Detta framkommer även i följande studie då en oro kunde skapa ett lidande. Oron kunde grunda sig i för höga förväntningar på en snabb förbättring och en rädsla i att inte kunna återgå till normala funktioner. Detta styrker Allvin et al. (2007) då upplevelsen av återhämtning påverkas av en individs förväntningar, och även erfarenheter. Även Sanders et al. (2015) menar att upplevelser speglas av individens känslor och påverkas av dennes förväntningar och erfarenheter. Enligt Dahlberg et al. (2003) påverkar erfarenheter upplevelser av det dagliga livet och ger i sin tur en påverkan på livsvärlden. Sjuksköterskan kan genom att tillgodose de behov som finns minska obehagliga känslor samt risken för en negativ inverkan på livsvärlden.

Ballan och Lee (2007) kom i sin studie fram till att vårdpersonal spelar en stor roll för individers upplevelser under återhämtningsprocessen. Detta har även framkommit i följande studies resultat, då vårdpersonal visade sig vara en betydelsefull faktor för att uppnå en gynnsam återhämtning. Även Mahdizadeh, Alavi och Ghazavi (2016) styrker att vårdpersonal har en viktig roll, då ett bra och tydligt informationsgivande kan leda till att individerna känner ett tillgodosett behov av stöd och kan därmed känna sig trygga i återhämtning. Ballan och Lee (2007) lyfter även att genom att sjuksköterskans erhållna erfarenheter förmedlas till individer som genomgått en kranskärloperation, kan det bidra till en fördelaktig återhämtning. Dahlberg et al. (2003) menar att genom en förståelse för individens unika livsvärld, kan sjuksköterskan utforma en individanpassad omvårdnad. Detta tillsammans med ett tillgodosett stöd kan bidra till en fördelaktig återhämtning. Detta styrker även Allvin et al. (2008) då det framkommer i deras resultat att stöd och uppmuntran har en positiv effekt på återhämtningen. Individer upplevde att stöd var en förutsättning för en positiv återhämtning och att det ofta var närstående som var den viktigaste bidragande källan till detta. Att omges av viktiga personer hämmade de obehagliga känslorna, vilket Dahlberg et al. (2003) styrker och förklarar att

genom ett uppmärksammande av individens dagliga tillvaro, kan lindra lidande och främja välbefinnande. Varje förändring i den subjektiva kroppen medför en förändring i sättet individen ser på sig själv och omgivningen. Kroppen bör därför ses som en helhet (ibid.). Genom att uppmärksamma förändringar i den subjektiva kroppen under återhämtningen kan ett fördelaktigt stöd utformas. Varje individ är unik och behöver erhålla ett individuellt utformat stöd, utifrån sina behov.

Något som uppmärksammades i resultatet var även en känsla av brist på stöd under återhämtningen. Detta representerades bland annat av upplevelsen av en otillräcklig information från sjukhustiden. Individer uttryckte att de kände sig övergivna och oskyddade, vilket skulle kunna bero på kunskapsbrist. Mahdizadeh et al. (2016) påvisar i sin studie betydelsen av utbildning och information, där rätt information till en individ som genomgått en kranskärlsoperation kan bidra till främjande av livskvalitén. Detta skulle kunna bidra till att individer känner ett stöd från vårdpersonal även efter hemkomst. Allvin et al. (2008) styrker att förberedelser innan hemgång från sjukhus är av största vikt för att uppnå en gynnsam återhämtning. Brist på stöd skulle även kunna ha ett ursprung i avsaknad av hjälp samt minskad känsla av välbefinnande. Dahlberg et al. (2003) menar att ett välbefinnande kan skapas genom att få uppskattning i vardagen. Att få känna omtanke och känslan av att någon bryr sig (ibid.). Genom att erbjuda stöd och visa omtanke kan känslan av brist på stöd minskas och bidra till ökat välbefinnande. Detta stöd skulle sjuksköterskan kunna erbjuda.

Operationen kunde dock resultera i att individerna kände hopp inför framtiden och av att komma tillbaka till livet. Individer ansåg att operationen räddat deras liv och att de nu fått möjligheten att leva igen. Fysiska och psykiska förbättringar gav känslomässig balans och upplevelse av välbefinnande. Dahlberg et al. (2003) skriver att välbefinnande kan upplevas trots ohälsa. Välbefinnandet minskar även lidandet och kan leda samt bidra till en känsla av balans i livet. Studier gjorda av Ballan och Lee (2007) samt Peric et al. (2008) lyfter att individer upplever en förbättring efter en kranskärlsoperation, medan Allvin et al. (2007) menar att den positiva upplevelsen under återhämtningen först uppnås när kontroll över psykiska, fysiska, sociala och vardagliga funktioner är uppnådda (ibid.). Individerna kände genom förbättringarna en mindre oro vilket gav dem ytterligare hoppfullhet samt motivering inför framtiden. Fysiska och psykiska förändringar visade sig vara beroende av tiden. Ju längre återhämtningsprocessen fortlöpte, desto större upplevdes förbättringar av hälsan.

I följande studie har det inte framkommit några upplevelser kring utseendet efter en kranskärlsoperation. Dock har Anderson, Feleke och Perski (1999) påvisat att det finns individer som har re-opererats på grund av att de var missnöjda med utseendet på det läkta bröstsåret (ibid.). Missnöje med utseendet av de erhållna ärrarna efter operationen, skulle kunna påverka hur individen

upplever sin subjektiva kropp. Synen på den subjektiva kroppen förklarar Dahlberg et al. (2003) kan bidra till en påverkan även på livsvärlden. Sjuksköterskan kan genom ytterligare förståelse för dessa faktorer skapa en bättre individualiserad omvårdnad. Bengtsson (2005) förklarar att livsvärldsperspektivet bjuder in till försök att fånga individers upplevelser. Begreppet livsvärld kan tillämpas inom forskning kring subjektiva känslor.

Slutsats

Det framkommer tydligt att upplevelsen av återhämtningsprocessen är unik och individuell utifrån varje enskild individ. Tidigare erfarenheter, stöd, information samt fysiska och psykiska funktioner var faktorer som kunde påverka upplevelsen både positivt och negativt. Här kan sjuksköterskan genom en ökad förståelse för individens upplevda livsvärld, förmedla en tillfredsställande information om såväl återhämtningsprocessen och var stöd finns att tillgå. På detta vis skulle individens obehagskänslor kunna reduceras. Tillsammans med individen och eventuellt dennes närstående kan sjuksköterskan skapa förutsättning för en gynnsam återhämtningsprocess. Faktorer som kan vara av relevans för fortsatt forskning skulle kunna vara hur det psykiska och fysiska måendet preoperativt påverkar återhämtningsprocessen. Även forskning kring upplevelser av utseendet efter en kranskärlsoperation skulle kunna vara relevant att undersöka. Detta skulle ytterligare kunna lyfta förståelsen av en kranskärlsoperations påverkan på individens livsvärld.

Självständighet

I studien har Ylva Christensson och Emelie Wickström bidragit lika mycket genom hela arbetets gång. Genom att sitta tillsammans vid samtliga tillfällen möjliggjordes diskussion och samarbete.

Inledningen har gemensamt skrivits av Ylva och Emelie. I bakgrunden delades ansvaret upp. Emelie har ansvarat för beskrivning av hjärt-kärlsjukdom, kranskärlssjukdom samt kranskärlsoperation. Ylva har ansvarat för beskrivningen av upplevelse av återhämtning och teoretisk referensram. Bakgrunden har sedan bearbetats tillsammans. Sökandet av artiklar samt analysprocessen gjordes enskilt för att sedan sammanställas tillsammans. Resterande delar har gjorts gemensamt. Ylva ansvarade för bilagor och tabeller. Emelie har ansvarat för referenserna.

Referenser

*Artiklar i resultatet

- *Abbasi, M., Mohammadi, N., Nikbakht Nasrabadi, A., Boudouin Fuh, S., & Sadeghi, T. (2014). Re-Birth After Coronary Bypass Graft Surgery: A Hermeneutic-Phenomenological Study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 235–240. doi: 10.5539/gjhs.v6n3p235
- Anderson, G., Elehu, F., & Perski, A. (1999). Patient-perceived Quality of Life after Coronary Bypass Surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(1), 11–7.
- Allvin, B., Berg, K., Idvall, W., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552–558. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04156.x
- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., & Idvall, E. (2008) Experiences of the Postoperative Recovery Process: An Interview Study. *The Open Nursing Journal*, 2008(2), 1–7, doi: 10.2174/1874434600802010001.
- Ask, M., & Ivarsson, B. (2012). Vård av patient som genomgår PCI eller CABG. I Fridlund, B., Malm, D. & Mårtensson, J. (red.). *Kardiologisk omvårdnad* (s. 197–216). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M., & Höglund-Nilsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.203–220). Lund: Studentlitteratur.
- Ballan, A., & Lee, G. (2007). A comparative study of patient perceives quality of life pre and post coronary artery bypass graft surgery. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 24–28.
- *Banner, D., Miers, M., Clarke, B., & Albarran, J. (2011). Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 919–930. doi: 1365-2648.2011.05799.x
- Bengtsson, J. (red.) (2005). Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning. (2., rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Bergman, E. (2012). Vård av patient med kärlkramp. I Fridlund, B., Malm, D. & Mårtensson, J. (red.). *Kardiologisk omvårdnad* (s. 41–59). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Blokzilj, F., Horst, VD., Keus, E., Waterbolk, TW., Mariani, MA., & Dieperink, W. (2016) Quality of life in the elder adults one-year after coronary artery bypass. *Journal of Vascular Nursing*, 34(4), 152-157, doi:10.1016/j.jvn.2016.07.002.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricson (red.), vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad (s. 329–342). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Dunckley, M., Ellard, D., Quinn, T., & Barlow, J. (2007). Coronary artery bypass grafting: Patients' and professionals' views of recovery after hospital discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2008), 36–42, doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.06.001
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. (3., [omarb. och uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Fix, GM., & Bokhour, BG. (2011). Understanding the context of patient experiences in order to explore adherence to secondary prevention guidelines after heart surgery. *Chronic Illness*, 8(4), 265–277. doi: 10.1177/1742395312441037.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Hämtad 3 oktober, 2017, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Gallagher, R., McKinley, S., & Dracup, K. (2004) Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care*, 17(4), 160-165.

Gardner, G., Elliott, D., Gill, J., Griffin, M., & Crawford, M. (2005). Patient experiences following cardiothoracic surgery: an interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(3), 242–250. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.04.006
Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nilsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.187–201). Lund: Studentlitteratur.

*Hartford, K. (2004). Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 459-468. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03427.x

Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: an introduction to its methodology*. (3rd ed.) Thousand Oaks, Calif.: SAGE.

Kidd, T., Poole, L., Ronaldson, A., Leigh, E., Jahangiri, M., & Steptoe, A. (2016). *British Journal Health Psychology*, 21(4), 796–811. doi: 10.1111/bjhp.12191

*Koivunen, K., Isola, A., & Lukkarinen, H. (2007). Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 688–697. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01516.x

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

LaPier, TK., Wintz, G., Holmes, W., Cartmell, E., Hartl, S., Kstoff, N., & Rice, D. (2008) Analysis of activities of daily living performance in patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Informa Healthcare*, 27(1), 16-35, doi: 10.1080/02703180802206215

*Lapum, J., Angus, J., Peter, E., & Watt-Watson, J. (2011). Patients' discharge experiences: Returning home after open-heart surgery. *Heart and lung*, 40(3), 226–235. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.01.001.

*Lie, I., Bunch, E., Smeby, N., Arnesen, H., & Hamilton, G. (2010). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardiovascular nursing*, 11(1), 14–24. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.09.004
cnu.sagepub.com

- *Lindsey, GM., Smith, LN., Hanlon, P., & Wheatley, DJ. (2000). Coronary artery disease patients' perception of their health and expectations of benefit following coronary artery bypass grafting. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1412–1421.
- Lundh, B., & Malmquist, J. (2009). *Medicinska ord: det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. (5., [rev. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Mahdizadeh, M., Alavi, M., & Ghazavi, Z. (2016). The effect of education based on the main concepts of logotherapy approach on the quality of life in patients after coronary artery bypass grafting surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(1), 14–19. doi: 10.4103/1735-9066.174752.
- *Martinsen, R., & Moen, A. (2010). Unmet information and communication needs in the intermediate recovery from coronary artery bypass surgery. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 30(4), 15–19.
- Merkouris, A., Apostolakis, E., Pistolas, D., Papagiannaki, V., Diakomoulou, E., & Patiraki, E. (2008). Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2009), 74-81, doi:10.1016/j.ejcnurse.2008.02.008
- *Mohammadi, N., Abbasi, M., Naseabadi Nikbakht, A., Salehiomran, A., Davaran, S., & Norouzadeh, R. (2014). Passion for Life: Lived Experiences of Patients after Coronary Artery Bypass Graf. *The Journal of Tehran University Heart Center*, 10(3), 129–133.
- Norberg, M., & Danielsson, M. (2009). Övervikt, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 215–223). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.
- Sanders, K., Omar, S. B., & Webster, J. (2015). Working collaboratively to develop a patient experience definition and strategy to inform clinical commissioning. *International Practice Development Journal*, 5(2), 1–18.
- Peric, V., Borzanovic, M., Stolic, R., Jovanovic, A., Sovtic, S., Dimkovic, S., & Marcetic, Z. (2008). Predictors of Worsening of Patients' Quality of Life Six Months After Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Cardiac Surgery*, 23(6), 648–654.
- Persson, J., & Stagmo, M. (2008). *Perssons kardiologi: hjärtsjukdomar hos vuxna*. (6., uppdaterade uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Rosengren, A. (2009). Hjärt-kärlsjukdomarnas epidemiologi. I B Lindgärde, F., Thulin, T., Östergren, J. (red.). *Kärlsjukdom: vaskulär medicin*. (3., [utvidg. och rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Hämtad den 4 oktober, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf>
- *Theoblad, K., & McMurray, A. (2004). Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 483–491. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03127.x
- *Theoblad, K., Worall-Carter, L., & McMurray, A. (2005). Psychosocial issues facilitating recovery post-CABG surgery. *Australian Critical Care*, 18(2), 76–85.

Wallentin, L., & Lindahl, B. (2011). *Akut kranskärlssjukdom*. (4. uppl.) Stockholm: Liber.

Willman, A., Bahtsevani, C., & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2017a). *The top 10 causes of death*. Hämtad 2017-05-16, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

World Health Organization. (2017b). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Hämtad 2017-05-19, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl

MH = Söktermer i Cinahl-headings

<i>Sökningsdatum</i>	<i>Nr</i>	<i>Sökordskombinationer</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Lästa abstrakts</i>	<i>Lästa fulltextartiklar</i>	<i>Valda artiklar</i>
2017-09-27	S1	MH Cornoary artery bypass	9,972	0	0	0
	S2	MH Recovery	21,281	0	0	0
	S3	Coronary artery bypass*	12,325	0	0	0
	S4	S1 OR S3	18,390	0	0	0
	S5	Experience*	256,199	0	0	0
	S6	MH Life experiences	12,020	0	0	0
	S7	S5 OR S6	266,012	0	0	0
	S8	S2 AND S4 AND S7	123	52	8	4
	S9	Life style	27,944	0	0	0
2017-10-13	S10	S1 AND S19	72	11	3	1
	S11	Post CABG	230	0	0	0
	S12	After CABG	829	0	0	0
	S13	S11 OR S12	986	0	0	0
	S9	S13 AND S5	105	41	3	1
	S1	After coronary artery bypass	1511	0	0	0
	S2	Qualitative	110049	0	0	0

S3	S1 AND S2	20	4	2	1
----	-----------	----	---	---	---

Sökningar i PubMed
 [Mesh] = MeSH-termer

<i>Sökningsdatum</i>	<i>Nr</i>	<i>Sökordskombinationer</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Lästa abstrakts</i>	<i>Lästa fulltextartiklar</i>	<i>Valda artiklar</i>
2017-10-02	S1	Coronary Artery Bypass [Mesh]	49016	0	0	0
	S2	Recovery	406448	0	0	0
	S3	S1 AND S2	1743	0	0	0
	S4	S3 AND Experience*	173	15	3	2
	S5	Coronary Artery Bypass/rehabilitation [Mesh]	819	0	0	0
	S6	S5 AND Experience*	56	6	3	1
	S7	Coronary artery bypass surgery	65085	0	0	0
	S8	Life experience*	4119	0	0	0
	S9	S7 AND S8	10	4	2	2
2017-10-13	S1	Coronary Artery Bypass [Mesh]	49079	0	0	0
	S2	Experience*	887714	0	0	0
	S3	Rehabilitation	525255	0	0	0
	S4	S1 AND S2 AND S3	172	10	2	1

Bilaga 2 Granskningsprotokoll enligt Willman et al. (2011)

Bilaga H

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika

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

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

– Råder datamätnad?

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

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Abbasi, M., Mohammadi, N., Nikbakht Nasarbadi, A., Boudouin Fuh, S. & Sadeghi, T. 2014, Iran.	Re-birth after coronary artery bypass graft surgery: A hermeneutic-phenomenological study	Djupa semistrukturerade intervjuer	11 patienter. 7 män och 4 kvinnor. Medelålder 60 år.	Hög
Banner, D., Miers, M., Clarke, B., & Albarran, J. 2011, England.	Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery	Semistrukturerade intervjuer	30 kvinnor. 53-80 år.	Hög
Dunckley, M., Ellard, D., Quinn, T. & Barlow, J. 2007, England	Coronary artery bypass grafting: Patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge	Semistrukturerade intervjuer	11 patienter. 5 män och 6 kvinnor. Medelålder 72. 11 olika former av vårdpersonal	Hög
Fix, G M., Bokhour, B G. 2011, USA.	Understanding the context of patient experiences in order to explore adherence to secondary prevention guidelines after heart surgery	Kvalitativa djupgående semistrukturerade intervjuer	30 patienter. 30 män. 52–81 år.	Hög
Hartford, K. 2004, England.	Telenursing and patients' recovery from bypass surgery	Telefonintervjuer	10 patienter. 7 män och 3 kvinnor. 39–67 år.	Hög
Koivunen, K., Isola, A. & Lukkarinen, H. 2007, Finland.	Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery	Semistrukturerade intervjuer	14 patienter. 8 män och 6 kvinnor. 55–75 år.	Hög
Lapum, J., Angus, J., Peter, E. & Watt-Wattson, J. 2011, Kanada.	Patients' discharge experiences: Returning home after open-heart surgery	Semistrukturerade intervjuer samt dagboksskrivning	16 patienter. 8 män och 8 kvinnor. 59–85 år.	Hög

Lie, I., Bunch, E., Smeby, N., Arnesen, H. & Hamilton, G. 2010, Norge.	Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting	Semistrukturerade intervjuer	93 patienter. 39–77 år.	Hög
Lindsey, G., Smith, L., Hanlon, P. & Wheatley, D.J. 2000, Skottland.	Coronary artery disease patients' perception of their health and expectations of benefit following coronary artery bypass grafting	Semistrukturerade intervjuer	214 st. 170 män och 44 kvinnor. 79–59 år.	Hög
Martinsen, R. & Moen, A. 2010, Danmark	Unmet information and communication needs in the intermediate recovery from coronary artery bypass surgery	Semistrukturerade intervjuer	10 patienter. 6 män och 4 kvinnor. 45–64 år.	Hög
Mohammadi, N., Abbasi, M., Nasrabadi, A., Salehiomran, A., Davaran, S. & Norouzadeh, R. 2014, Iran.	Passion for Life: Lived Experiences of Patients after Coronary Artery Bypass Graf	Semistrukturerade intervjuer	10 patienter. 6 män och 4 kvinnor. 45–64 år.	Hög
Theoblad, K. & McMurray, M. 2004, Australien	Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery	Semistrukturerade intervjuer och telefonintervjuer	30 patienter. 22 män och 8 kvinnor. Medelålder 65 år.	Hög
Theoblad, K., Worall-Carter, L. & McMurray, A. 2005, Australien	Psychosocial issues facilitating recovery post-CABG surgery	Semistrukturerade intervjuer och telefonintervjuer	30 patienter. 22 män och 8 kvinnor. Medelålder på 64 år	Hög

Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet (eng)	Meningsbärande enhet (sve)	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
All participants experienced some form of physical pain as a result of their surgical encounter.	Alla deltagare upplevde någon form av fysisk smärta som ett resultat av deras kirurgiska ingrepp.	Upplevde fysisk smärta efter deras kirurgiska ingrepp.	Fysisk smärta	Fysiska besvär	Begränsningar i vardagen
You're helpless really. I found I was really helpless without somebody, you know, here	Du är hjälplös egentligen. Jag fann att jag var redigt hjälplös utan någon, du vet, här.	Jag var hjälplös utan någon här.	Hjälplös utan stöd	Brist på stöd	Behovet av stöd
Some people indicated they felt 'depressed' since having the surgery.	Vissa personer indikerade att de kände sig "deprimerade" efter operationen.	Personer kände sig deprimerade efter operationen	Deprimerade	Psykisk och emotionell obalans	Begränsningar i vardagen
"Family" was reported by patients to be the most beneficial factor influencing recovery.	"Familjen" rapporterades av patienter som den mest bidragande faktorn som påverkade återhämtning.	Familjen var den mest bidragande faktorn som påverkade återhämtningen.	Familjen påverkade återhämtning	Stödjande resurser	Behovet av stöd
Their psychological condition was also good: they felt themselves calm and their life seemed to be in order. They did not feel depressed.	Deras psykiska tillstånd var också bra: de kände sig lugna och deras liv verkade vara i ordning. De kände sig inte deprimerade.	Bra psykiskt tillstånd. Kände sig lugna och hade livet i ordning. Ej deprimerade.	Psykiskt välmående		Tillbaka till livet

