

Att drabbas av kronisk sjukdom

En studie om livsomställningen efter hjärtinfarkt

Författare: Nathalie Acklund

Institutionen för socialt arbete

Examensarbete 15 hp

Socialt arbete

Socionomprogrammet

Vårterminen 2013

Handledare: Helene Brodin

English title: To suffer from chronic disease - a study of the life adjustment after a myocardial infarction



Stockholms
universitet

Titel: Att drabbas av kronisk sjukdom - En studie om livsomställningen efter hjärtinfarkt
Författare: Nathalie Acklund

Antal ord: 16567

Abstract

This study aims to highlight the crisis and adjustment process in individuals who suffered myocardial infarction. The research questions focus on the informants' experiences of the crisis and life adjustment process, and illuminate the coping strategies that the informants describe important. By using a narrative method and applying the crisis theory and coping theory as theoretical guidelines, this study endeavors to illuminate individuals' experiences of the disease from their own perspective. The empirical material consists of four life stories gathered through semi-structured interviews. The result indicates general patterns that characterize the course of the disease at the same time as individual aspects of the crisis process are shown, where individual coping strategies have proven necessary through the different phases. The individual aspect on how one cope with crisis seems to depend on personality and life situation. Major life adjustments have proven necessary in the course of the disease. Changes and priorities seem to be revalued through the different phases, along with a greater appreciation for life. Importance of social support is being emphasized; however the most important element appears to be their own, personal efforts and transformation.

Keywords: chronic illness, myocardial infarction, life adjustment, crisis, coping

Nyckelord: kronisk sjukdom, hjärtinfarkt, livsomställning, kris, coping

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.2 Problemformulering	6
2. Syfte och frågeställningar	7
2.1 Centrala begrepp och avgränsningar	7
2.1.1 Hjärtinfarkt/ kronisk hjärtsjukdom	7
2.1.2 Livsomställning	7
2.2 Disposition.....	8
3. Kunskapsområdet	9
3.1 Sökprocess.....	9
3.2 Dominerande forskningsperspektiv.....	9
3.3 Sjukdomsberättelser	10
3.4 Psykologiska och sociala konsekvenser vid kronisk sjukdom	11
3.5 Livsomställning vid kronisk sjukdom	13
3.6 Coping.....	13
3.7 Sammanfattning.....	16
4. Teoretiska utgångspunkter.....	17
4.1 Kristeori.....	17
4.1.1 Livsbrott	19
4.2 Copingteori.....	20
4.3 Användandet av de valda teorierna	22
5. Forskningsmetod	24
5.1 Metodval och vetenskapsteoretiska överväganden.....	24
5.2 Intervjuer	25
5.3 Analys.....	26
5.4 Urval.....	27
5.5 Validitet.....	27
5.6 Reliabilitet	28
5.7 Generaliserbarhet.....	29
5.8 Etiska överväganden.....	30
6. Resultat.....	32
6.1 Karins berättelse	32
6.1.1 Svårigheten att inse att något är fel	32

6.1.2 Livsomställningen	33
6.1.3 Synen på livet idag	34
6.2 Stefans berättelse	34
6.2.1 Svårigheten att inse att något är fel	34
6.2.2 Livsomställningen	35
6.2.3 Synen på livet idag	36
6.3 Ullas berättelse	36
6.3.1 Svårigheten att inse att något är fel	36
6.3.2 Livsomställningen	37
6.3.3 Synen på livet idag	38
6.4 Magnus berättelse	38
6.4.1 Svårigheten att inse att något är fel	38
6.4.2 Livsomställningen	39
6.4.3 Synen på livet idag	40
<u>7. Analys</u>	<u>41</u>
7.1 Chockfasen	41
7.2 Reaktionsfasen.....	42
7.3 Bearbetningsfasen	43
7.3.1 Berättandets och terapins betydelse.....	45
7.4 Nyorienteringsfasen.....	47
<u>8. Sammanfattande diskussion.....</u>	<u>48</u>
8.1 Resultatdiskussion	48
8.1.1 Kristeorins möjligheter och begränsningar.....	51
8.2 Metoddiskussion.....	52
8.2 Förslag till vidare forskning	53
<u>Referenser</u>	<u>55</u>
<u>Bilagor</u>	<u>59</u>

1. Inledning

Allt fler människor lider av kroniska hjärtsjukdomar. Hjärtinfarkt är idag den enskilt vanligaste dödsorsaken i Sverige och drabbar såväl män som kvinnor (Hjärt-lungfonden, 2013). I och med en ökad medicinsk hjärtforskning har resultaten bidragit till ett medvetengörande av bland annat livsstilsförändringar, vilket inneburit att antalet hjärtinfarkter blivit färre och dödligheten har minskat de senaste årtiondena. Fortfarande insjuknar dock cirka 32 000 människor varje år. Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär ett akut dödshot och att allt fler överlever innebär samtidigt att fler människor bär på ett ständigt hot om ett felande hjärta och risk för återinsjuknande (ibid).

En hjärtinfarkt definieras som en kronisk sjukdom och något en människa måste bära med sig in i framtiden, vilket påverkar individens möjligheter att fortsätta leva livet som hen tidigare gjort. Kroniska sjukdomar är oftast inte smittsamma och vanligtvis inte heller synliga utåt, men för den som bär på sjukdomen är den ständigt närvarande (Söderberg, 2009). För individen krävs en livsomställning och ett hanteringsarbete där nya copingstrategier måste anskaffas för att lära sig leva med de nya livsvillkoren som sjukdomen medför (Gullacksen, 1998).

För den som drabbas innebär en kronisk sjukdom lidande på flera olika plan. Bland annat riskerar kroniskt sjuka att i större utsträckning drabbas av ekonomiska och sociala problem, och tvingas ansöka om till exempel ekonomiskt bistånd oftare än fullt friska (Socialstyrelsen, 2010). Enligt den svenska välfärdsmodellen har alla människor rätt att känna trygghet genom livets alla livsskeden, oavsett frisk eller sjuk. En skälig levnadsstandard ska inkludera alla och socialförsäkringen ska finnas till som ett ekonomiskt skydd så att ingen exkluderas från samhället vid till exempel sjukdom, funktionsnedsättning, eller ålderdom (ibid).

Hjärtinfarkter medför också ofta många psykiska påfrestningar så som till exempel stress, ångest och depression (Brink, 2006, Socialstyrelsen, 2010). En amerikansk artikel hävdar att hela 40-65% av hjärtinfarktsdrabbade lider av depression till följd av sjukdomen (Depression Health Center, 2013) och en annan internationell studie konstaterar att hela 69% av kroniskt sjuka anser att de psykologiska effekterna har störst inverkan på deras liv, följt av fysiska och sociala (Hwu, 1995). Trots detta får den psykiska bearbetningen ofta ge vika för den mer påtagligt medicinska behandlingen, där sjukdomen först och främst ses som en medicinsk avvikelse från det normala, och där de biologiska felfunktionerna belyses snarare än de psykiska

konsekvenserna av sjukdomen (Richt & Tegern, 2005). Många drabbade anser att det psykiska stödet brister, vilket leder till ytterligare stress och psykiska påfrestningar (Brink, 2006).

1.2 Problemformulering

För många innebär hjärtinfarkten en kris där individens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte räcker för att förstå och psykiskt hantera den nya livssituationen (Cullberg, 2007), och individen måste många gånger utveckla nya copingstrategier för att hantera krisen och den tillhörande livsomställningen. För individen råder en multipel ovisshet, särskilt bland den grupp människor som tvingas till längre sjukhusvistelser till följd av sjukdomen, där riskerna för lägre inkomst, svagare anknytning till arbetsmarknaden och måsten om att söka ekonomiskt bistånd ökar (Socialstyrelsen, 2010). Detta gör att hela familjer drabbas av sjukdomen, då det dels innebär en psykologisk stress att se sin familjemedlem sjuk men också en stress om en förlorad ekonomisk trygghet (Dobbie & Mellor, 2008). För vissa blir krisen och livsomställningen mer problematiskt än för andra.

På svenska hjärkliniker finns idag ofta en kuratorisk verksamhet, men flera forskare är överens om att det behövs fler insatser som syftar till att stärka och återuppbygga den psykiska hälsan bland hjärtpatienter (Pâquet, Bolduc, Xhignesse & Vanasse, 2005). Den medicinska forskningen har länge dominerat, men även den konstaterar att hjärtinfarkt och andra kroniska sjukdomar är mycket traumatiska för individen (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2004). På senare tid har dock allt fler kvalitativa studier genomförts, där istället intresset finns för individens egna upplevelser av sjukdomen, samtidigt som det talas om ett helhetsperspektiv där sjukdomsförloppet identifieras som en livsomställning där copingstrategier blir nödvändiga. Flera forskare påtalar att det fortfarande finns en lucka inom fältet och att det finns ett behov av fler studier där individens egna upplevelser av att leva med sjukdom studeras (Kristofferzon et al., 2004, Pâquet et al., 2005, Richt & Tegern, 2005). Jag anser därför att det finns ett behov av att genomföra en kvalitativ studie, och jag har valt att använda en narrativ metod med utgångspunkt i enskilda individers berättelser om sjukdomen. Förhoppningsvis kan studien bidra till en fördjupad förståelse av individens sjukdomsupplevelse samt den livsomställning och det krisförlopp som sjukdomen innebär.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att studera krisförloppet och livsomställningen hos individer som drabbats av hjärtinfarkt, samt undersöka vilka copingstrategier som har hjälpt dem att bemästra livsomställningen.

För att besvara syftet används följande frågeställningar;

- Hur beskriver intervjupersonerna krisförloppet av att drabbas av en hjärtinfarkt?
- Hur upplever intervjupersonerna livsomställningen efter en hjärtinfarkt?
- Vilka copingstrategier beskriver intervjupersonerna som betydande under livsomställningen?

2.1 Centrala begrepp och avgränsningar

2.1.1 Hjärtinfarkt/ kronisk hjärtsjukdom

Ur ett medicinskt perspektiv finns det fem typer av hjärtinfarkt (Agewall, 2008). I denna studie görs dock ingen skillnad mellan de olika typerna utan de samlingsbegrepp som används i studien är hjärtinfarkt och kronisk sjukdom. Orsaken till detta är att det är upplevelsen av sjukdomen som är relevant och som studeras och inte sjukdomen i sig. Att sjukdomen är kronisk betyder att den varar minst 6 månader och i värsta fall kan vara livslång (FASS, 2013). En kronisk sjukdom går ofta inte helt att bota, men kan kontrolleras genom bra kostvanor, motion, medicin etcetera, vilket gäller för individer som drabbats av hjärtinfarkt (Depression Health Center, 2013).

2.1.2 Livsomställning

Begreppet livsomställning syftar till den process som blir nödvändig när en människa inser att en sjukdom är bestående och att en anpassning krävs till de nya livsvillkoren. Begreppet är neutralt och fokuserar på förloppet och omställningsprocessen i livssituationen utan att fokusera på om förändringarna är positiva eller negativa. Begreppet säger heller ingenting om hur stor eller liten förändringen är (Gullacksen, 1998).

2.2 Disposition

Uppsatsen är indelad i åttakapitel. Nästkommandekapitel beskriver den svenska och internationella forskningen utefter särskilda teman. Därefter introduceras de teoretiska utgångspunkterna i kapitel 4, följt av kapitel 5 som presenterar forskningsmetodens olika delar. I kapitel 6 återges fyra berättelser och analyseras i efterföljande kapitel utefter de valda teoretiska utgångspunkterna samt kunskapsområdet. I avslutande kapitel förs ensammanfattanderesultat- och metoddiskussion samt förslag till vidare forskning.

3. Kunskapsområdet

3.1 Sökprocess

De databaser som använts är; ProQuest Social Sciences, Google Scholar, ScienceDirect, Wiley Online Library och Libris. Engelska sökord och termer som använts är: "living with", "chronic illness*", "life adjustment*", "quality of life", "social work", heart*, "myocardial infarction", psychosocial, psychological, cop*

På svenska har jag använt sökorden: livsomställning*, "kronisk sjukdom", "leva med", hjärtinfarkt*, hjärtsjuk*, psykologisk* faktor*, coping, hanter*

Citationstecken ("living with") har använts för att söka på hela termer istället för enstaka ord och trunkeringstecken (*) har använts för att innesluta olika böjningar av sökorden. Sökorden har kombinerats i olika konstellationer och AND och OR har använts i sökningarna för att skapa en sådan uttömmande sökprocess som möjligt. Manuella sökningar har även gjorts, samt referenssökningar där jag granskat adekvata studiers referenslistor och sökt efter angivna primärkällor.

3.2 Dominerande forskningsperspektiv

Vid genomgången av forskningsläget blev det påtagligt att den medicinska forskningen dominerar på området, och studier med utgångspunkt inom patologin är överrepresenterad bland tidigare studier. Även den medicinska forskningen poängterar dock att det finns många traumatiska och psykiska påfrestningar för individen till följd av hjärtinfarkten (Kristofferzonet al., 2004). På senare tid har dock allt fler kvalitativa studier genomförts, där istället intresset finns för individens egna upplevelser av sjukdomen. Detta är en förändring där forskningen inte längre enbart fokuserar på sjukdomen i sig utan eftersträvar ett inifrånperspektiv för att lyfta fram individens hela unika livssituation (Gullacksen, 2005). Vidare kan man se att ett helhetsperspektiv lyfts fram där sjukdomsförloppet identifieras som en livsomställning och som en omställningsprocess (ibid). Åtskilliga forskare är eniga om att det finns ytterligare behov av studier där individens subjektiva upplevelser av att leva med sjukdom undersöks, då det i

nulägets saknas tillräcklig kunskap om detta (Kristofferzon et al., 2004, Pâquet et al., 2005, Richt& Tegern, 2005).

3.3 Sjukdomsberättelser

Som motpol till medicinska perspektiv på kroniska sjukdomar växte det på 1980-talet fram ett tvärdisciplinärt forskningsfält där människors subjektiva och specifika berättelse förespråkades, och som bygger på flera händelser sammanlänkade över tid. Kraften i en berättelse är enorm och genom sjukdomsberättelser byggs broar av förståelse mellan människor, som annars kanske inte skulle vara möjliga (Frank, 1995). Under livsomställningen och i kriser kan berättandet få en särskilt betydande roll. Genom att först föra en inre dialog med sig själv och sedan få möjlighet att berätta om sina upplevelser för någon annan, kan erfarenheterna struktureras så att livsförändringen blir mer sammanhängande och förstående (Gullacksen, 1998). Mattingly (1998) hävdar att människan har ett behov av att berätta och dela med sig av sina sjukdomserfarenheter för att på så sätt skapa förståelse och acceptans från andra.

När livet störs av sjukdom påbörjas ett arbete med att återskapa kontinuitet i vardagen och för individen påbörjas en omorientering av sig själv (Williams, 1984). Med hjälp av berättelser kan individen skapa ordning i tid och rum, tolka och omtolka det som sker inom och runt om sig, samt skapa sammanhang och mening i en annars omvälvande process. Berättelsens kan hjälpa individen att rekonstruera sina personliga livshistorier och förändra sig själv samtidigt som personen ges möjlighet att påverka andra (Frank, 1995, Williams, 1984).

Arthur Frank (1995) har i sina studier om sjukdomsberättelser upptäckt tre olika teman av berättelser; *restitution*, *chaos*, och *quest*. *Restitution* är enligt Frank (1995) en tro på att hälsan snart ska återställas, medan den kaotiska berättelsen, *chaos*, berättas av människor som är överväldigade av sin sjukdom och känner frustration över sin situation. Att längta till att hälsan återställs, det vill säga till *restitution*, och att livet återgår till normala är vanligt, även om detta synsätt oftast inte gäller kroniskt sjuka vars tillstånd är permanent. I den tredje typen av sjukdomsberättelse, *quest*, har individen accepterat sin sjukdom och ser den istället som en drivkraft till förändring och att positiva erfarenheter kan komma till följd av förändringen (ibid). Enligt Frank (1995) kan alla tre teman återfinnas i en och samma berättelse.

Även om berättandet medför många positiva följder är alla berättelser inte lika lätta att dela med andra. För människor som befinner sig i kris och/eller drabbas svåra sjukdomar kan det krävas mycket att gå från tystnad till berättande (Lennéer-Axelson, 2010). Vickers (2005) menar att det inte är tillräckligt att berätta, utan berättelserna måste också varahörda och tas på allvar, samt att lyssnare visar respekt inför berättelsen. Det är viktigt att även svåra berättelser ges utrymme och hörs, även om det rör sig om så kallade *chaos stories* som för lyssnaren kan vara svåra att hantera, då de kan uppfattas som just kaotiska, osammanhängande och ofullständiga. Genom att inte alltid kräva enhetlighet och ordning som lyssnare, kan en bättre förståelse och acceptans uppnås där även de annars tysta och ”osynliga” ges utrymme att göra sina röster hörda (ibid).

3.4 Psykologiska och sociala konsekvenser vid kronisk sjukdom

Relationen mellan kronisk sjukdom och dess effekter på individen är mycket komplex (Dobbie & Mellor, 2008). Sjukdomen kan medföra kortsiktiga såväl som långsiktiga negativa sociala konsekvenser (Socialstyrelsen, 2010). Att drabbas av en kronisk sjukdom kan också medföra att individen hamnar i en kris, vilket innebär att personens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte räcker för att förstå och psykiskt hantera den nya livssituationen (Cullberg, 2007). Med krisen följer många gånger oro och ångest. I en studie av Hwu (1995) visas att 69 % av 177 deltagare ansåg att de psykologiska effekterna har störst inverkan på deras liv, följt av fysiska och sociala. Flera internationella studier visar att många av de som drabbas av hjärtsjukdom får en sänkt livskvalitet och psykosociala konsekvenser såsom stress och ångest är mycket vanliga hos de sjukdomsdrabbade (MacMahon & Lip, 2002, Viney & Westbrook, 1984). Hos de som drabbas av kris i samband med sjukdomen är det även mycket vanligt att känna starka negativa känslor om sig själv och tvivla på sin egen kapacitet och förmåga, samt att oro sig över meningen med livet och sin egen livsroll (Hwu, 1995, Lennéer-Axelson, 2010).

Liksom de internationella forskningsresultaten pekar flera svenska kvalitativa studier på en försämring av livssituationen för kroniskt sjuka samt att sjukdomen medför en oro hos individen att inte längre kunna leva som tidigare (Kristofferzon et al., 2007). Sjukdomen innebär en rad förluster jämfört med livet innan sjukdomen, till exempel förlust av ork, sociala roller, kontroll över framtiden etcetera. Även om förlust av ork många gånger ses som en fysisk nedsättning har den även en psykisk effekt på individen genom att hen inte längre fungerar som vanligt och kan

utföra de sysslor/arbete/fritidsaktiviteter som individen tidigare kunnat göra. Sjukdomen blir därför ett hot mot det vardagliga livet och kan innebära en traumatisk kris för individen medmångabegränsningar och konsekvenser, som till exempel en ökad oro inför framtiden (Kristofferzon et al., 2007, Söderberg, 2009).

Bland den grupp människor som tvingas till längre sjukhusvistelser till följd av sjukdomen ökar även riskerna till lägre inkomst, svagare anknytning till arbetsmarknaden och måsten om att söka ekonomiskt bistånd. Detta gäller framför allt bland personer med lägre utbildning och om individen drabbas i yngre ålder innan hen har hunnit etablera en säker plats på arbetsmarknaden (Socialstyrelsen, 2010). Detta medför inte bara stora påfrestningar för individen utan påverkar också hela familjer (Dobbie & Mellor, 2008). Förutom den uppenbara psykiskapåfrestning som det innebär att en familjemedlem är sjuk, kan det för somliga familjer innebära en stor ekonomisk stress att till exempel gå från två till endast en inkomst i hushållet på grund av oförmåga att arbeta hos den sjukdomsdrabbade (ibid).

Ytterligare en aspekt som berörts i forskningen är huruvida depression kan ses som en följd av hjärtsjukdom eller inte. En amerikansk artikel skriven av Depression Health Center (2012) visades att 40-65% av alla människor som drabbats av hjärtinfarkt också drabbas av depression. Även Socialstyrelsen (2010) visar liknande resultat och hävdar att riskerna för depression ökar efter en hjärtinfarkt. Forskningsresultaten är dock motstridiga. Några studier konstaterar att depression *är* betydligt vanligare bland hjärtsjuka än hos friska, medan andra studier visar det motsatta (Macmahon & Lip, 2002). Enligt Brink (2006) är problemet att det inte kan säkerställas huruvida det är hjärtsjukdomen som leder till depression eller då det redan före insjuknandet kan tänkas finnas en överrepresentation eftersom depression ses som en riskfaktor till hjärtinfarkt. Vad som dock kan säkerställas är att personer upplever att de behöver mer hjälp och stöd i hur de ska hantera psykologiska påfrestningar till följd av hjärtsjukdomen, såsom stress och oro, snarare än att störst fokus läggs på att informera om hälsosammare vanor ur ett rent medicinskt perspektiv (Pâquet et al., 2005).

3.5 Livsomställning vid kronisk sjukdom

I en kvalitativ studie av Gullacksen (2005) utforskas den livsomställning som inträffar vid kronisk sjukdom. Livsomställningen innehåller flera olika dimensioner och det som är utmärkande med allvarliga, kroniska sjukdomar är att det handlar om oavslutade händelser som individen gång på gång måste handskas med. Det är en påfrestande process för individen, eftersom den påverkar flera olika livsdomäner, allt från fysisk prestation till psykisk hälsa och sociala relationer. Kristeoretiska modeller har varit viktiga utgångspunkter för att förstå kroniska sjukdomar, och dessa förklaringsmodeller har länge varit väl använda för att beskriva förloppet vid svåra livsomställningar (Gullacksen, 1998). Med detta som utgångspunkt presenterar Gullacksen (2005) livsomställningen i form av en egenskapad modell som utifrån tre skeenden beskriver hur människor skapar mening och sammanhang med de nya livsvillkoren som sjukdomen ger. För att begripa och förstå vad den nya situationen innebär måste individen *erkänna*, *identifiera* och *acceptera* situationen för att sedan lära sig hantera sin nya livssituation. Livsomställningen kan helt enkelt beskrivas som en anpassning till förändrade och omformade livsomständigheter och förutsättningar. Hur problematisk en livsomställning blir beror bland annat på sjukdomsgraden, personens egna resurser samt dennes livssituation. Först när, och om, en människa accepterar sjukdomen kan återhämtningsprocessen påbörjas (Gullacksen, 1998).

Andra benämningar av andra forskare används synonymt med livsomställning är rekonstruktion, omorientering, reorganisering etcetera. Williams (1984) är en av dessa forskare som genom sin studie med människor med artrit studerat den narrativa rekonstruktionen av deltagarnas förändrade relation till den värld de lever i och deras syn på uppkomsten av sjukdomen.

3.6 Coping

Coping används för att lyfta fram de verktyg och anpassningsstrategier som individen använder för att lära sig leva med sina nya livsförutsättningar och uppnå kontroll i situationer som upplevs påfrestande och stressfyllda (Gullacksen, 1998, Jeppsson-Grassman, 2003). Som redan konstaterats i tidigare forskning måste kroniskt sjuka ständigt hantera stressiga problem och känslor som aldrig helt försvinner på grund av sjukdomens oförutsägbara och permanenta karaktär (se bl.a. Hwu, 1995). Dessa individer måste därför vara medvetna om sin egen förmåga

att hantera dessa känslor och de kan även behöva utveckla nya copingstrategier för detta ändamål (Viney & Westbrook, 1984). Individens livssituation, det vill säga de ekonomiska förutsättningarna, sjukdomsgrad och nätverk är några av de många aspekter som framställs ha betydelse för individens hantering av livsomställningen.

Inom forskningen har en mängd olika copingstrategier framhållits och olika copingstrategier har visats mer eller mindre adaptiva i samband med kronisk sjukdom. Problemfokuserade och åtgärdsinriktade, undvikande, kontrollerande, och emotionella copingstrategier är några av de många olika som lyfts fram i forskningen (Dobbie & Mellor, 2008, Brink, 2003, Viney & Westbrook, 1984). Det är inte möjligt att generellt tala om bra eller dåliga copingstrategier, eftersom varje strategi måste ses i sitt sammanhang. Istället talas det om bättre eller sämre val av coping (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

En av förgrundsgestalterna inom copingforskningen är Richard Lazarus. Tillsammans med sina kollegor har han utvecklat en omtalad modell, *Ways of Coping Scale*, som är ett copingformulär som fungerar retrospektivt för självrapportering av specifika, stressfyllda situationer (Folkman et al., 1986). Formuläret innehåller åtta olika skalor för coping; *konfrontativ coping, distansering, självkontroll, söka socialt stöd, acceptera ansvar, fly-undvika, planerad problemlösning, problemlösning, positiv omvärdering* (ibid). Den standardiserade modellen har dock ifrågasatts för att den inte tar hänsyn till en persons hela livssituation och sammanhang utan endast ger en begränsad bild av de många delarna i copingprocessen (Gullacksen, 1998).

Några som däremot lyft in fler aspekter i copingprocessen är Viney och Westbrook (1984) som i sitt resultat även uppmärksammat effekterna av demografiska faktorer, livsstil, kön, etcetera när det kommer till vilka copingstrategier som kroniskt sjuka tenderar att använda sig av. De fann bland annat att kvinnor i högre utsträckning använder sig av undvikande strategier än män. Andra studier visar dock på motsatt resultat där det istället är männen som oftare använder sig av undvikande strategier. Främst handlar det då om undvikande emotionell coping, där män generellt tycks ha svårare att identifiera och sätta ord på sitt känsloliv och istället föredrar mer problemlösande copingstrategier (Lennér- Axelsson, 2010).

En aspekt som flera studier kommit fram till är vikten av att för individen känna kontroll i den annars omtumlande livsomställningsprocessen (Viney&Westbrook, 1984, Dobbie&Mellor, 2008, Kristofferzon et al., 2007, Brink, 2006). Kontroll har visat sig vara en effektiv copingstrategi för att hantera oönskade omställningar och negativa känslor bland kroniskt sjuka (Viney&Westbrook, 1984, Brink, 2006). Särskilt utmärkande tycks strategin vara bland individer som befinner sig på sjukhus, då det tycks inbringa en känsla av delaktighet för patienterna i en annars stressig och svårhanterlig situation. Att patienten då känner att det finns en möjlighet att vara med och kontrollera sin rehabilitering och påverka det stöd som ges stärker chansen för en snabbare återhämtning. Detta skapar en mer aktiv och självbestämmande syn på livet (ibid). Brink (2003) betonar att individers strävan efter kontroll i många fall handlar om en annan typ av coping, det vill säga en form av *minimering*. Genom att minimera betydelsen av hjärtinfarkten och dess konsekvenser försöker patienten finna en känsla av kontroll över sitt liv. Genom att leva som tidigare och därmed undvika konfrontation med hjärtinfarkten behöver patienten inte omtolka sin egen förmåga och självbild (ibid).

Även om forskningen har svårigheter att dra slutsatser om vilka copingstrategier som förefaller mest effektiva, då situation och sammanhang har betydande påverkan, anses ändå undvikande copingstrategier, som till exempel minimering, inte hållbara ur ett längre perspektiv (Viney&Westbrook, 1984, Brink, 2006). Istället har problemfokuserade copingstrategier visats kunna påskynda återhämtningsprocessen och bidra till en positiv anpassning till de nya livsvillkoren. Åter är det männen som tenderar att vidta mer handlingsinriktade strategier, som till exempel informationssökning, för att hantera kriser, medan kvinnor i större utsträckning använder sig av känslufokuserad coping (Stroebe, Stroebe & Schut 2010). I en studie av Stroebe et al. (2010) studeras stödgrupper för kvinnor respektive män i sorg. Studien visar att kvinnor och män till en början ville medverka i den stödgrupp vars fokus låg på de specifika könskunskaper de redan besatt. Kvinnor ville alltså ha känslufokuserade samtal, medan männen ville ha mer direkta problemlösningar. Genom att istället lära män mer om den emotionella copingen och kvinnor om den problemfokuserade, kunde en bredare handlingsrepertoar utvecklas och sorgearbetet, med den tillhörande, återhämtningen förbättras (ibid).

En annan viktig del i hanteringsarbetet är den individuella motståndskraften, det vill säga den egna resistensen mot psykiska problem och påfrestningar, samt hur individen tidigare

hanteratstressiga och negativa händelser i livet (Call & Davis, 1989, Macmahon & Lip, 2002). Forskning visar att människor med högmotståndskraft, det vill säga de med en starkare och effektivare resistens och hanteringsförmåga, lättare anpassar sig till de nya livsvillkoren än människor med låg motståndskraft (Call & Davis, 1989). Det finns även andra resurser och egenskaper som kan minska riskerna för psykiska påfrestningar och påskynda återhämtningsförloppet. En god självbild och ett optimistiskt synsätt verkar göra människor mindre sårbara för stress och andra oväntade händelser i livet (Dobbie & Mellor, 2008). Att tro på sin egen förmåga gör att adaptiva strategier lättare utvecklas, samt att individen har ett socialt stöd från sitt nätverk (ibid). Socialt stöd har visats vara en effektiv skyddsfaktor mot flera negativa händelser (MacMahon & Lip, 2002). För människor i livskriser finns det dock en rädsla för att bli allt för beroende av sin omgivning och en frigörelse från det praktiska stödet från familjen är viktigt för återhämtningsprocessen (Gullacksen, 1998).

3.7 Sammanfattning

Som tidigare nämnts visar den tidigare forskningen att finns det en lucka i forskningsfältet beträffande studier som inriktar sig på individers upplevelser av att leva med en kronisk sjukdom. Intresset för individen sjukdomsberättelse har dock fått en allt mer central roll och visar på berättelsens betydelse både för berättaren själv samt för lyssnaren. Vidare kan hjärtinfarkten innebära en traumatisk kris för individen och sjukdomsförloppet handlar om en livsomställning där psykologiska påfrestningar och riskerså som stress, oro och depression är vanliga konsekvenser bland sjukdomsdrabbade. I samband med livsomställningen påbörjas ett hanteringsarbete där individen använder diverse copingstrategier för att anpassa sig till de nya livsvillkoren. Många olika faktorer spelar in hur en person hanterar sin sjukdom. Individens livssituation, ekonomiska förutsättningar, sjukdomsgrad och nätverk är några av de många aspekter som anses ha betydelse.

4. Teoretiska utgångspunkter

För att kunna tolka och analysera empirin används ett kristeoretiskt perspektiv. Detta eftersom det vid genomgången av tidigare forskningen blev tydligt att en hjärtinfarkt för många innebär en kris och att kristeorin inte bara kan förklara krisreaktioner vid sorg utan även vad som sker vid livsomställningen till följd av sjukdomar.

Vidare används copingteorin för att få en övergripande bild av hur intervjupersonerna hanterar omställningen. Jag anser att de både teorierna går in i varandra eftersom en kris också innebär ett hanteringsarbete och coping därför kan ses som en naturlig del av krishanteringen. Genom att kombinera kristeorin med copingteorin är förhoppningen att ge ett bredare spektrum som innefattar en persons hela upplevelse- och handlingsmönster.

4.1 Kristeori

Cullbergskristeori är en välanvänd modell. Den bygger på psykodynamisk teori och har varit viktig för synen på kris och krishantering i Skandinavien. Ordet kris kommer av grekiskans *krisis* och betyder plötslig förändring, avgörande vändning, och ödesdiger rubbning (Cullberg, 2007). En individ befinner sig i ett psykiskt kristillstånd ”... då ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och psykiskt bemästra den livssituation man råkat in i” (Cullberg, 2007, s. 19). Det finns flera olika typer av kris, men gemensamt är att kriser är en naturlig del av livet och som någon gång drabbar alla i mer eller mindre utsträckning (Lennéer-Axelsson, 2010). Cullberg skiljer på utvecklingskris och traumatisk kris, men menar att det ibland inte finns en tydlig gräns mellan dem. En utvecklingskris kan till exempel utlösas av att få barn, medan en traumatisk kris är mer omfattande och kan påverka en persons fysiska och psykiska existens, trygghet, sociala identitet och livsmål (Richt & Tegern, 2005). I denna studie är det den traumatiska krisen som uppmärksammas. Oavsett vad som utlöste en kris uppvisar krisreaktionerna ett enhetligt mönster vars förlopp och symptom Cullberg (2007) delar in i fyra olika faser.

Chockfasen kommer i det initiala skedet och varar från ett kort ögonblick till några dygn.

Individen har svårt att ta till sig det som hänt och det finns en känsla av överklighet (Cullberg 2007). Ofta finns en utåt sett välordnad fasad, men under ytan är allt kaos. Eftersom krisen

upplevs hotande är det vanligt att förneka dess betydelse. *Förnekelse* fungerar som en omedveten försvarsmekanism som har till uppgift att minska upplevelsen av hot och fara. Förnekelsen kan fungera både funktionell och dysfunktionellt. Ett exempel på det första skulle vara att den kan hjälpa den drabbade att mer stegvis konfrontera sin sjukdom istället för att vara alltför uppfylld av ångest. Dock kan förnekelsen också hindra individen att söka behandling vilket kan få förödande konsekvenser (ibid).

Reaktionsfasen är nästa fas och tillsammans med chockfasen utgör de den *akuta krisen* och varar vanligtvis mellan fyra - sex veckor (Cullberg, 2007). I den akuta krisen är en vanlig försvarsmekanism *isolering* av känslor, vilket av omgivningen brukar beskrivas som att vederbörande hanterar krisen ”på ett moget sätt” och lugnt och sakligt kan berätta om sina upplevelser. Känsloliseringen är dock endast en sorts förvrängning av de aktuella känslorna och ett tillfälligt skydd för de ångestreaktioner som istället kommer till utlopp i ett senare skede. I reaktionsfasen börjar emellertid individen långsamt att inse och erkänna det som hänt, vilket ofta kan vara smärtsamt och ångestfyllt. Individens försvarsmekanismer aktiveras och för utomstående kan det tyckas som att den drabbade försöker *finna mening* i den kaotiska situationen, och söker svar på frågan *varför* detta hänt. *Rationalisering* är också vanligt vilket betyder att den drabbade med uppbyggda argument försöker minska upplevelsen av krisen (ibid). Till exempel kan den som informerats om en kronisk sjukdom rationalisera bort innebörden och istället fokusera på annan värk, eller mindre oroande tillstånd.

Bearbetningsfasen inträder efter det akuta skedet och är mer långvarig och pågår under ett halvt-ett år efter den inträffade krisen (Cullberg, 2007). Är det ett allvarligt trauma kan denna fas pågå ett par år och det är heller inte ovanligt att individen ibland faller tillbaka till den här fasen, dock i allt kortare perioder. Behovet av att prata om det som hänt och lära sig att sätta ord på krisen är för många viktigt. För den med en kronisk sjukdom innebär bearbetningsarbetet ett prövande av tanken att lära sig leva med sina nya förutsättningar och fasen är början på en gradvis återhämtning till nuet. En svårighet kan dock uppstå i bearbetningen om den sjukdomsdrabbade bittert ser tillbaka på tiden då hen var frisk och uppfattar sin tidigare tillvaro helt idyllisk (ibid). Det kan då uppstå en försvårad sorgperiod vilket problematiserar bearbetningen. Ofta kan professionellt krisstöd vara behjälpligt där den effektivaste strategin anses vara kommunikation i olika former.

Dock kan ingen sörja åt någon annan utan det psykologiska reparationsarbetet måste genomföras på egen hand(Lennéer-Axelson, 2010).

I *nyorienteringsfasen* har den drabbade börjat lära sig att leva med det som hänt och anpassat sig till sina nya livsförutsättningar. Krisen blir ett stycke av livet, vilket många upplever leder till nya förändringar och får nya betydelser under det kommande livet. Självkänslan, som möjligen blivit skadad på vägen, återupprättas och en öppnare inställning till framtiden fås. Detta under förutsättning att den drabbade förlikat sig med det som hänt (Cullberg, 2007).

Kritik har genom åren riktats mot Cullbergs krisförlopp då alltför väl beskrivna faser kan uppfattas normativa (Gullacksen, 1998). Cullberg har dock tagit till sig kritiken och omarbetat sin teori något. Istället menar han att förloppet inte ska ses som ett schematiskt fasttänkande utan att en fas ibland kan vara invävd i en annan, samt andra gånger helt utebli (Cullberg, 2007).

Krisreaktioner måste även ses i kontext och relateras till människors hela livssituation och personliga omständigheter. Även personens sociala förutsättningar, det vill säga ensamhet kontra gemenskap i en trygg och stödjande miljö har betydelse. En och samma kris kan alltså innebära två helt olika krisförlopp och beror även på vilken period i livet den inträffar (Cullberg, 2007, Richt & Tegern, 2005). Det är även svårt att fastställa när en kris är ”färdigbearbetad”. Enligt Cullbergs kristeori kan alla kriser och trauman bearbetas och bli ett stycke av livet, det vill säga något individen lär sig leva med. Kristeorin kan i den meningen ses något begränsad eftersom den inte tar hänsyn till framtida livserfarenheter som kan tänkas ”väcka liv” i krisförloppet på nytt, även om den första krisen är bearbetad.

4.1.1 Livsbrott

Istället för ordet kris har Forinder (2008) valt att använda begreppet livsbrott för att beskriva den händelse som beskriver när livet tar en annan vändning. Anledningen till detta är att ordet kris kan tyckas negativt värdeladdat i vissa situationer, till exempel vill anhöriga till en som drabbats av kroniskt sjukdom ogärna se sin anhörig klassas som en kris, och i dessa fall kan ordet livsbrott vara en mindre värdeladdad benämning. Begreppet blir heller inte lika statiskt som Cullbergs definition och säger inget om när en kris är färdigbearbetad. Istället kan begreppet, livsbrott, ge ytterligare en fördjupad förståelse för livet *före* och livet *efter* och hur en människas i förväg utstakade liv plötsligt bryts. Mycket kan vara annorlunda i livet efter livsbrottet och det krävs

därför en anpassning för att foga samman livet före och livet efter till en helhet för att återskapa en känsla av kontinuitet och framtidstro. Både en kognitiv och emotionell process blir nödvändig och den huvudsakliga uppgiften blir att hitta nya strategier för att återupprätta en trygg livssituation(ibid). Även om Forinder (2008) inte beskriver olika skeden som Cullberg (2007) kan paralleller dras mellan de två begreppen. Cullberg (2007) förklarar krisen som en situation där tidigare erfarenheter och reaktionssätt inte längre är tillräckliga för att hantera livssituationen, vilket kan liknas med Forinders (2008) definition av livsbrott där individen tvingas anpassa sig till det nya livet för att skapa en helhet. Ett anpassningsarbete och en bearbetning blir därför nödvändig för att återskapa känslan av helhet, och för att gå vidare i livet.

Eftersom denna studie inte behandlar anhörigas upplevelser, utan subjektiva berättelser, har ordet kris inte ansetts lika värdeladdat som det möjligen skulle kunna göra i anhörigstudier. Då syftet med studien är att studera krisförloppet hos individer som drabbats av hjärtinfarkt finner jag Cullbergs teori huvudsakligen mer passande då den, trots sina begränsningar, möjliggör att se hela sjukdomsförloppets differentierade faser och tillhörande reaktionsmönster, samt tar hänsyn till kontexten utifrån människors varierandesammanhang.

4.2 Copingteori

Coping har visat sig vara ett mycket komplext begrepp, och det är svårt att tydliggöra vad coping faktiskt är (Hwang, 2010). Förenklat kan coping förklaras som en persons försök att hantera och minska fysiska och psykiska påfrestningar i livet. Beroende på hur starkt en individ upplever en kris behövs olika resurser i hanteringsarbetet. Vid den lägsta graden av krisupplevelse räcker många gånger individen egen problemlösningskapacitet, medan starkare kriser kräver att alla inre och yttre resurser mobiliseras för att kunna hantera livsomställningen (Cullberg,2007).Eftersom kroniskt sjuka ständigt hanterar stress och påfrestningartill följd av sjukdomens oförutsägbara och permanenta karaktär, är det särskilt viktigt att dessa individer är medvetna om sin egen hanteringsförmåga.Då krisen utlöses, och livet tar en annan vändning, krävs ett omfattande anpassnings- och hanteringsarbete för att sammanfoga livet före och efter till en helhet. Ibland kan strategier som tidigare fungerat hjälpa hanteringsarbetet, medan individen i andra fall måste omarbota copingstrategierna eller införskaffa nya (Payne, 2010).Precis som Cullbergs (2007) kristeori, som framhåller att krisen måste ses i sin kontext, framhåller även copingteorin vikten av att se coping som en process där hanteringen av en traumatisk kris också tycks vara beroende av

situation, person, och sociala sammanhang och där flera delar samverkar i hanteringsarbetet/krisbearbetningen (Hwang, 2010).

Det finns olika typer av coping och vanligen urskiljs två huvudkategorier; *emotionsfokuserad* och *problemfokuserad* coping. Tabell 1 visar en schematisk sammanställning av skillnaderna mellan de olika huvudkategorierna av coping.

Problemfokuserade	Emotionsfokuserade
Informationssökning	Undvikande
Hitta tillgängliga resurser	Kontrollerande
Konstruktiv problemlösning	Förminskning av problemet/minimering
Lägga upp en handlingsplan och följa den	Positiv omvärdering(händelser tolkas som ger möjlighet till utveckling)
	Dela med sig av sina upplevelser
	Söka emotionellt stöd
	Egenreflektion

Tabell 1. Ett urval copingstrategier som anses relevanta för studien (Folkman et al., 1986, Brink, 2003, Lennér-Axelsson, 2010).

Emotionsfokuserad coping handlar om att försöka hantera de känslor som svårigheterna ger upphov till (Payne, 2010). En person i kris kan behöva utforska sina känslor och deras betydelse och samtidigt lära sig att reglera sina känslor. Ibland räcker inte de egna resurserna och professionell hjälp krävs för att den drabbade ska kunna acceptera sitt känsloliv (Lennér-Axelsson, 2010). Undvikande, minimering och positiv omvärdering är exempel på emotionsfokuserade copingstrategier. Många gånger används emotionsfokuserad coping då individen ser situationen som oföränderlig, det vill säga att den saknar konkret lösning. Att till exempel drabbas av en kronisk sjukdom kan ses som en sådan situation. Emotionsfokuserad coping kan därför inte alltid förändra situationen, men genom positiv omvärdering kan istället

sjukdomen betraktas ur en positiv synvinkel, där möjligheterna snarare än problemen uppmärksammas.

Problemfokuserad coping handlar istället om försök att förändra situationen mer konkret (Payne, 2010), till exempel med aktiv informationssökning och ett konstruktivt problemlösande. Förändringen kan röra det som utlöste den aktuella krisen eller de konsekvenser och påfrestningar som kommit till följd av den. För att problemfokuserad coping ska vara möjlig måste individen först ha bedömt situationen som mottaglig för förändring (Lennéer-Axelsson, 2010).

I likhet med tidigare forskning är det enligt copingteorin svårt att avgöra huruvida de olika copingstrategierna är könsbundna. Vanligen använder en individ sig av både inre, emotionella och yttre, problemfokuserade copingstrategier, vilka tycks vara bundna till kontexten snarare än till könet. Oavsett kön, är det viktigt att ha en bra balans mellan de två för att effektivt hantera krisen och livsomställningen (Lennéer-Axelsson, 2010). Strategierna kombineras ofta och påverkar många gånger varandra, till exempel regleras känslor ibland för att kunna lösa problem och ibland löses problem för att reglera känslorna. I denna studie har jag valt att inte lägga fokus på genusrelaterade copingstrategier, dock kommer jag att vara öppen för att i analysen och slutdiskussionen reflektera över eventuella könsbundna skillnader i coping.

4.3 Användandet av de valda teorierna

Jag har i min forskningsprocess använt en induktiv ansats, vilket kan förklaras som att arbetet följde upptäckandets väg (Patel & Davidsson, 2011). Empirin har alltså fått styra de valda teoretiska utgångspunkterna. Intervjupersonernas livsberättelser har ordnats kronologiskt och analyserats utefter Cullbergs kristeoretiska förlopp då jag vid analyserandet av empirin upptäckte att sjukdomsberättelserna visade upp liknande skeden/förlopp som kunde kopplas till de olika faserna. Av berättelserna framgick det även att livet på ett tydligt sätt kunde delas in i ett *före* och ett *efter* hjärtinfarkten, och därför valdes även begreppet livsbrottsom en del i kristeorin för att i analysen beteckna närintervjupersonernas liv tog en annan vändning i samband med hjärtinfarkten.

Vidare valdes en copingteori då jag ansåg att coping kunde ses som en naturlig del i krisförloppet, då det i analysen blev tydligt att individen mer eller mindre tvingas till ett

anpassnings- och hanteringsarbete i och med den livsomställningen som sjukdomen innebär. Med utgångspunkt i den ovan beskrivna copingteorin kunde jag urskilja olika strategierintervjupersonernas berättelser, vilka har sammanställts och presenterats i *tabell 1*. Då en stor, varierande mängd strategier belysts inom tidigare forskning, valde jag att endast presentera de strategier som jag kunde urskilja vid analysarbetet, och tabellen åsyftar att ge läsaren en överskådlig bild över nämndacopingstrategier i resultat- och analysdelen. Alla copingstrategier som nämns i *tabell 1* är därmed de som kan återfinnas i de senare kapitlen.

5. Forskningsmetod

5.1 Metodval och vetenskapsteoretiska överväganden

För att uppnå syftet har jag genomfört en kvalitativ studie med en narrativ metod. Den narrativa metoden kan beskrivas som ett försök att sammanfatta och tolka aktörens egen berättelse (Larsson, Sjöblom & Lilja, 2008). En livsberättelse innebär att en person berättar om hela, eller delar av sitt liv, och det är individens egen upplevelse och tolkningar som är av betydelse (Johansson, 2005). Målet med en narrativ metod är att i mitt fall synliggöra människors egna erfarenheter, och med utgångspunkt i de enskilda livsberättelserna fördjupa förståelsen för människors subjektiva upplevelse av att leva med en kronisk sjukdom. Genom att lyfta fram den personliga sjukdomsberättelsen och utgå från individers egna upplevelser, minnen och värderingar får jag ett inifrånperspektiv där intervjupersonernas egna berättelser framhävs (Fangen & Sellerberg, 2011). Metoden gör det även möjligt att besvara mina frågeställningar då de efterfrågar hur intervjupersonerna *upplever* och *beskriver* sin situation (Johansson, 2005). För att inhämta intervjupersonernas livsberättelser användes halvstrukturerade forskningsintervjuer.

Vidare har jag valt en fenomenologisk ansats då den enligt Kvale och Brinkmann (2009) ger en möjlighet ”att förstå sociala fenomen utifrån aktörernas egna perspektiv och beskriva världen som den upplevs av dem” (Kvale & Brinkmann 2009, s. 42). Fenomenologin används för att studera människans subjektiva upplevelser i den konkreta verklighet individen lever i, och försöker utan värderingar bilda en uppfattning om fenomenet (Helleday & Wikander, 2007). Fenomenologin handlar inte om objektiv fakta utan det är fenomenet utifrån individens egna perspektiv som är det väsentliga och hur aktören själv upplever och beskriver världen (Kvale & Brinkmann, 2009), vilket i denna studie har inneburit utgångspunkt med fokus på intervjupersonernas erfarenheter av sjukdomen. I studien kommer detta till uttryck genom att intervjupersonernas berättelser redovisas med täta beskrivningar av berättelseutsagorna i resultatdelen (Larsson, et al 2008).

5.2 Intervjuer

En intervju som vill fånga en livsberättelse är en relativt öppen intervju som behandlar ett särskilt ämne (Johansson, 2005). Enligt Hydén (1997) spelar det mindre roll hur frågorna i en intervjuguide är formulerade än hur intervjusituationen uppmuntrar och ger intervjupersonen utrymme till berättande. För att detta ska bli möjligt ska intervjun helst bygga på öppna frågor, men samtidigt leda in samtalet på specifika ämnen (ibid). Detta kan liknas med vad Kvale och Brinkmann (2009) beskriver som tematisering. Med detta i åtanke utformades en halvstrukturerad intervjumall (se bilaga), med forskningsfrågor och syfte i åtanke för tematiseringen, vilket användes som guide vid de fyra intervjuerna. Intervjuguiden fungerade som en översikt till vilka ämnen som skulle behandlas samt förslag på frågor som kunde ställas, och beroende på intervjupersonernas svar kunde ställda frågor variera från person till person. Ordningen på frågorna varierade alltså beroende på deltagarnas svar. Detta i ett försök att erhålla mer nyanserade och personliga svar, samt att ge intervjupersonerna utrymme att berätta om de ämnen de själva ansåg viktiga.

I enlighet med Kvale och Brinkmanns (2009) rekommendationer angående narrativ intervju gavs intervjupersonerna rikligt med tid att besvara samt vidareutveckla sina berättelser, samtidigt som de ibland ombads att fördjupa eller förtydliga sina svar för att söka ytterligare detaljer om ämnena. För att fånga in intervjupersonernas berättelser ställdes öppna frågor. Varje intervju tog cirka 1-2 timmar och intervjupersonerna fick själva välja plats för intervjun. En intervju ägde rum i intervjupersonens hem, en annan på en intervjupersons kontor och de resterande två på café valda av intervjupersonerna i fråga. Eventuellt kan de senare intervjuerna påverkats negativt av att de utfördes på en offentlig plats eftersom det inte till fullo gick att garantera anonymitet och konfidentialitet, vilket kan ha fått intervjupersonen att hålla tillbaka på sina svar.

Intervjupersonen sade sig dock inte störas och eftersom de själva valt platsen får det antas att de kände sig trygga och bekväma på platsen. Samtliga intervjuer spelades in, med intervjupersonernas godkännande, och transkriberades sedan ordagrant. Varje intervjuperson blev erbjuden att läsa igenom transkriberingen innan den analyserades. Pauser, hm: anden, etcetera togs också med i utskriften, men redigerades till viss del bort i resultatdelen för att ge läsaren en mer flytande text. Materialet behandlades konfidentiellt och intervjuerna avidentifierades vid utskriften där alla namn och kända platser ändrades.

5.3 Analys

Enligt Johansson (2005) går det inte att tala om en specifik narrativ analysmodell utan det finns en mängd olika typer. Lieblich, Tuval-Mashiach och Zilber (1998) har, i ett försök att bringa ordning i mångfalden, skapat en modell där de urskilt två centrala och oberoende dimensioner. Modellen visar olika sätt att läsa en berättelse samt hur dimensionerna samverkar.

1. Helhet- innehåll	2. Helhet- form
3. Del- innehåll	4. Del- form

Tabell2. Lieblich, Tuval-Mashiach och Zilbers modell för att klassificera narrativ analys(1998), modifierad av Johansson (2005, s. 288.)

De olika lässätten är sällan renodlade och många blandvarianter av narrativa analyser förekommer (Johansson, 2005).Narrativa analyser kombineras även gärna med andra kvalitativa analyser (Larsson, et al, 2008).Till följd av detta har jag valt att kombinera olika analysmodeller. Dels används det första angreppssättet i ovanstående modell, *Helhet-innehåll*, då det dels lämpar sig för analys av en individs hela livsberättelse samt också av valda delar ur berättelsen. Även *Del- Innehåll* används, vilket är en form av innehållsanalys, där kategorier definieras och vissa stycken och yttranden lyfts ur texten för att sedan ordnas inom de definierade kategorierna (Johansson, 2005).Första steget i analysen bestod i att läsa transkriberingarna flera gånger tills teman/kategorier urskilts, vilket bidrog till att ett slags fokus för hela berättelsen framträdde. Kategorier som urskildes var bland andra; ”stress” ”bearbetning”, etcetera. I nästa steg jämfördes berättelsernas olika teman för att finna övergripande mönster och skapa gemensamma teman som sedan kunde presenteras i den slutgiltiga resultatdelen, exempelvis ”Svårigheten att inse att något är fel” och ”Livsomställning”.

5.4 Urval

För att hitta lämpliga intervjupersoner användes ett snöbollsurval, vilket innebär att man via redan valda personer letar sig fram till andra personer i dennes nätverk som tas med i urvalet (Larsson, Lilja, & Mannheimer, 2005). Kontakt togs med en hjärtklinisksuratorsverksamhet på ett sjukhus i Stockholm som i sin tur försåg mig med fyra frivilliga intervjupersoner. Att urvalet till studien baseras på frivilligt deltagande kan också ses som ett självselektionsurval, då det inte är forskaren som bestämmer vilka som ska vara med i studien (Esaiasson, 2012). Urvalet består av två kvinnor respektive två män i åldrarna 43-62 år, som alla drabbats av hjärtinfarkt för cirka två år sedan. Att det gått en tid sen hjärtinfarkten ser jag som en fördel eftersom personerna getts tid att bearbeta samt reflektera över sin livsomställning. Tre av intervjupersonerna är vid intervjuerna åter tillbaks i arbete, medan en person är fortsatt sjukskriven.

En invändning mot urvalet skulle kunna vara att jag endast får tag på människor som själva är villiga att berätta om sin situation, och att urvalet därav blir begränsat. Å andra sidan kan urvalet också ses som en fördel eftersom jag får intervjua de som är tillräckligt intresserade och engagerade att prata om sina upplevelser vilket möjligen underlättar för öppnare och mer delgivande intervjuer.

5.5 Validitet

Validitet åsyftar giltighet, riktighet och sanningen i ett yttrande (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskare med en positivistisk ansats ställer sig ofta frågan; *Mäts det som är avsett att mätas?* Inom kvalitativ forskning används dock ett bredare perspektiv då resultatet inte mäts i siffror i samma utsträckning som inom kvantitativ forskning. Istället talar validiteten om huruvida den valda metoden undersöker det den är avsedd att undersöka och om studiens observationer verkligen speglar de fenomen som intresserar forskaren (ibid). Kvale och Brinkmann (2009) skriver att validering ska genomsyra hela forskningsprocessen och forskaren ska ständigt kontrollera, ifrågasätta och teoretisera resultaten som framkommer. För att öka min studies validitet har syfte och frågeställningar konstant varit med i beaktande för att vara säker på att jag faktiskt undersöker det jag påstår mig göra med den valda metoden. Framst har primärkällor använts som underlag inom den tidigare forskningen och andrahandskällor har försökt

attundvikas. Dock har vissa ursprungliga källor varit svåra att få tag på och sekundärkällor har därför använts i begränsad utsträckning.

En pilotstudie har också gjorts i försök att öka validiteten (Patel & Davidsson, 2011), där intervjufrågorna testades på två utomstående personer för att kontrollera frågorna och se om de uppfattades som de var tänkta. För att öka validiteten i narrativa beskrivningar är det enligt Larsson et al. (2008) viktigt att få fram mångsidiga och innehållsrika berättelser. Möjligen skulle jag vid intervjuerna kunna ha ställt fler uppföljande frågor och bitt intervjupersonerna att konkretisera ytterligare och gå djupare in i sina berättelser. Samtidigt ville jag inte blanda mig i för mycket då syftet med studien är att få fram deras upplevelser, och jag med detaljfrågor riskerade att styra svaren, vilket skulle gå emot syftet. Vidare är forskarens hantverksskicklighet, samt hans förmåga att kärnfullt koppla samman resultat, teori, och tidigare forskning viktigt för valideringen (Larsson et al., 2008). Möjligen skulle validiteten stärkts ytterligare om jag haft en uppsatspartner då det är två istället för en som ifrågasätter och kopplar samman resultat, teori, och tidigare forskning. Förhoppningsvis lyckas jag trots det visa tydliga och begripliga berättelsecitat i resultatdelen och samtidigt koppla samman dem med meningsfulla teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning, så att det blir förståeligt för läsaren.

Intervjupersonernas berättelser har i resultatet valts att presenteras genom ”täta beskrivningar” vilket kan ses som ett internt validerande steg inom narrativa forskningsstudier, eftersom detta ger läsaren möjlighet att själv bilda sig en uppfattning om tillförlitlighetsgraden på berättelseutsagorna kopplat till analysen. Att intervjupersonens subjektiva upplevelser tillåts komma till uttryck på detta sätt går även i linje med den valda fenomenologiska ansatsen (Larsson, et al., 2008).

5.6 Reliabilitet

Hög reliabilitet innebär att en studie är noggrann utförd och utan slumpmässiga fel (Kvale & Brinkmann, 2009). Reliabilitet behandlar också objektiviteten i studien, det vill säga huruvida studien kan genomföras på nytt av en annan forskare, vid annan tidpunkt, med samma metod (ibid). Ett sätt att pröva eller att stärka reliabiliteten är att låta någon annan utföra upprepade delar av studien (Bjereld, Demker & Hinnfors, 2002), till exempel att låta någon läsa igenom

transkriberingarna. Då jag ensam utfört studien var denna möjlighet begränsad, vilket kan ha påverkat reliabiliteten negativt.

Eftersom två av intervjuerna ägde rum på ett café var det ibland svårt att höra exakt vilka ord som sades på grund av sorl i bakgrunden. Varje intervju valdes därför att transkriberas omedelbart efter dess slut, medan den var färsk i minnet, i ett försök att undvika senare uppfattningsfel. De meningar vars innebörd ej var helt tydligt har inte redovisats i resultatdelen. Noggrannhet har eftersträvats i uppsatsen och i det egna utförandet under forskningsprocessen och andra har ombetts läsa igenom den färdiga uppsatsen i ett försök att undvika slarv- och stavfel etcetera. Då jag har ett icke-positivistiskt synsätt anser jag att jag själv alltid delvis är med och påverkar forskningsprocessen och fullständig reliabilitet är därav inte helt sannolik då fullständig objektivitet aldrig är möjlig.

5.7 Generaliserbarhet

Då kvalitativ forskning oftast arbetar med relativt litet urval är möjligheten begränsad när det kommer till att generalisera resultatet (Larsson et al., 2005). Kvale och Brinkmann (2009) för en diskussion kring tre olika typer av generaliserbarhet vid kvalitativa resultat; naturalistisk, statistisk och analytisk. Den typ som skulle kunna vara aktuell i denna studie är naturalistisk generalisering, vilket inträffar när så kallad tyst kunskap, baserad på personliga erfarenheter, övergår till explicit påståendekunskap i form av verbalisering, och leder till förväntan snarare än förutsägelse. Denna studie belyser individers sjukdomserfarenheter och upplevelser och eftersom det tidigare gjorts relativt få liknande studier kan det tänkas finnas tidigare tyst, dold kunskap som i denna studie lyfts fram med hjälp av intervjupersonernas egna ord och berättelser. Även om resultaten inte talar om hur det är för alla kroniskt hjärtsjuka människor anser jag att denna studie ändå lyfter fram hur det *kan* vara, och att människor i liknande situationer kan tänkas känna igen sig i intervjupersonernas subjektiva berättelser.

Syftet är dock inte att generalisera min studie utan att lyfta fram individens subjektiva berättelser. Jag lämnar det upp till läsaren att bedöma huruvida resultaten i studien kan komma att överföras till andra situationer eller ej.

5.8 Etiska överväganden

Enligt vetenskapsrådet (2002) måste forskningskravet alltid vägas mot individskyddskravet och möjliga negativa risker för intervjupersonerna, kortsiktiga såväl som långsiktiga måste ses över. Att berätta om sin sjukdom för en främmande person kan vara känsloladdat. Då det gått cirka två år sedan personerna i studien drabbades av hjärtinfarkten, och de därför har haft tid att bearbeta sin sjukdom, är förhoppningen att intervjupersonerna inte tagit skada av sitt deltagande i studien. Trots det rörde intervjun upp många olika känslor och vissa ämnen blev för någon tyngre att prata om. Med hänsyn till individskyddskravet blev personen i det läget erbjuden att ta en paus, eller att helt avbryta, men sade sig ändå vilja fortsätta intervjun. Förhoppningsvis uppfattade deltagarna det som positivt att åter få ge röst åt sin sjukdomsberättelse.

Vidare togs hänsyn till de fyra huvudkraven som konkretiseras i individskyddskravet; *Informationskravet* innebär att de berörda deltagarna informeras om studiens upplägg samt vilka villkor som gäller. Deltagarna ska också upplysas om att medverkan är frivillig och att de när som helst kan avbryta intervjun eller låta bli att besvara särskilda frågor. Intervjupersonerna fick även veta vilken typ av frågor jag tänkt ställa samt att det skulle röra sig om öppna frågor i berättandeform.

Samtyckeskravet innebär att deltagarna lämnar samtycke till medverkan i studien. Eftersom jag först kontaktat en sjukhuskurator via mail hade intervjupersonerna först blivit tillfrågade om medverkan direkt av sjukhuskuratorn. Med deras samtycke lämnade kuratorn ut deras telefonnummer och email till mig varpå jag kontaktade dem och förklarade studiens upplägg. Personerna fick själva välja plats för intervjun, i förhoppning om att detta skulle inge en större trygghet. Med personernas samtycke spelades intervjuerna in. Samtliga blev erbjudna att läsa transkriberingen innan resultatet sammanställdes.

Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter som inhämtas ska behandlas konfidentiellt och obehöriga ska inte ha tillgång till uppgifterna. Intervjupersonerna informerades om att de i studien skulle vara anonyma och att allt material skulle aidentifieras, det vill säga alla namn på personer och platser skulle ändras.

Nyttjandekravet innebär att uppgifterna endast användas i forskningssyfte. Eftersom två av intervjuerna skedde i offentlig miljö finns dock en risk att individskyddskravet skadats något då

fullständig anonymitet och konfidentialitet inte kan garanteras. Detta var även något jag påpekade för deltagarna redan innan intervjun, dock ville de fortsatt ses på de egenvalda platserna. Efter intervjun gavs möjlighet för deltagaren att reflektera över intervjun, samt om det fanns något personen ville berätta mer om eller hade funderingar kring. Alla fick även mina kontaktuppgifter ifall de i efterhand kom på något som de ville fråga mer om eller lägga till/stryka i berättelsen.

6.Resultat

Intervjupersonerna berättelser presenteras var för sig. Detta för att garantera att varje individs subjektiva berättelse kommer till uttryck och uppmärksammas. Berättelserna presenteras utefter gemensamma teman. Citat har ordnats kronologiskt och vissa har redigerats något i ett försök att få mer läsvänliga berättelser. Vissa upprepningar av ord samt talspråksord, som till exempel ”eh”, har uteslutits. Text i citaten som klippts bort markeras med //.

6.1 Karins berättelse

6.1.1 Svårigheten att inse att något är fel

Karin är 57 år och jobbar som specialpedagog. Under många år blev hon utsatt för mobbing av en chef vilket hon berättar byggde upp en inre stress som tillslut resulterade i en hjärtinfarkt. En morgon, på väg till jobbet, upplevde hon plötsligt en oerhörd trötthet, samt tandvärk och ryggsmärtor. Trots värk fortsatte hon till arbetet och ville inte inse att något var fel, trots att kroppen gjorde allt för att göra hennes medveten om detta. Motvilligt tog hon sig till slut till vårdcentralen för att få en värktablett. Väl där konstaterades det att hon höll på att få en hjärtinfarkt och hon skickades med ambulans till akuten. Trots detta upplevde Karin situationen som surrealistisk och kunde inte ta in det som skedde.

Läget försämrades för Karin och hon mådde allt sämre. Hon kände sig utsatt, och när hon senare låg på operationsbordet fylldes hon av dödsångest. Hon sökte bekräftelse från läkaren, samtidigt som situationen fortfarande var överklig och dödsångesten blandades med ett irrationellt tankemönster.

Jag frågade en läkare; ”-ska jag dö nu”? Då vet jag att han svarade; ”-Nej, inte så länge jag är här, men nu ska jag gå ur rummet ett litet tag.””- Nej det kan du ju inte göra för då dör ju jag!” Jag var säker på att jag skulle dö om han lämnade mig.

6.1.2 Livsomställningen

Karin berättar att den första tiden efter hjärtinfarkten låg fokus på att bli frisk och att ställa om livet. Det handlade om en stor livsomställning, där hon antingen kunde välja att fortsätta som innan eller lyssnar på sig själv och välja en annan väg. Det var nödvändigt att kostvanor och motionsvanor ställdes om och framför allt det egna sättet att vara. Det svåraste var att inse att orken inte var den samma som tidigare och Karin berättar att hon många gånger kände sig värdelös till följd av detta, samtidigt som något inom henne sa åt henne att kämpa vidare.

Du måste bestämma dig att så här är det, det är bara att följa det! // Du måste förstå att du alltid är sjuk, inom citationstecken; "Frisksjuk". Det handlar om acceptans. Du måste, för det finns inget annat.

För Karin spelade hennes arbetsmiljö en avgörande roll, och hennes dåvarande situation som innebar mobbning och rena trakasserier skulle inte hålla i längden. Karins läkare gav henne ett ultimatum; antingen måste hon förändra sin jobbsituation eller så kommer hon att dö. Det var ett stressmoment hon tvingades hantera, och läkarens ord fungerade likt ett uppvaknande. Med mycket kraft och egenvilja lyckades hon tillslut förändra sin arbetssituation och chefen tvingades sluta.

Karin berättar att hon alltid varit problemfokuserad och försökt hitta lösningar på problem, även om det många gånger kan vara svårt. Hennes utbildning inom grupprocesser och krishantering kan ha hjälpt henne mycket genom livsomställningen efter hjärtinfarkten. Hon berättar att hon flera gånger fått kämpa för att få rätt vård, vilket hon upplevt varit det jobbigaste genom hela processen. Samtidigt har hon haft ett mycket bra socialt stöd, både från vårdpersonal och anhöriga som hjälpt henne genom livsomställningen. Bland annat blev hon erbjuden att gå en stresshanteringskurs på sjukhuset, vilket också fungerade som en gruppterapi för kvinnor i samma situation som Karin. Gruppen hjälpte henne på flera olika plan, men det allra viktigaste var att få hjälp med att sätta ord på vad hon genomgått, och samtidigt lära sig av andras berättelser.

6.1.3 Synen på livet idag

Även om Karin inte anser sig ha några större positiva upplevelser av hjärtinfarkten är hon glad över att hon överlevde samtidigt som hon idag kan se livet ur en annan synvinkel. Även om hon inte dagligen oroar sig för hjärtinfarktens påverkan kan hon ibland bli rädd för ett återfall, särskilt då hon befinner sig i stressiga situationer eller har mycket omkring sig. Det är dock inget hon tänker på dagligen, samtidigt som hon berättar att alla bilder och känslor från hjärthändelsen sitter kvar. Karin hoppas att hon i framtiden lyckas hålla sig frisk, och säger sig vara mer uppmärksam och medveten idag än tidigare.

Livet är mycket skörare än vad man tror, det tar jag med mig. Men samtidigt kan jag ta vara på livet mer idag än innan.

6.2 Stefans berättelse

6.2.1 Svårigheten att inse att något är fel

Stefan är 43 år. Hösten 2010 drabbades han av en mild hjärtinfarkt. Den hade föregåtts av flera tidigare hjärthändelser, och även en stroke sommaren samma år. Stefan berättar att den utlösande faktorn antagligen berodde på något psykiskt då han haft det jobbigt de senaste tio åren. Han är övertygad om att det i hans fall till största delen handlade om den dåvarande svåra situationen hemma, samtidigt som han arbetade mycket.

Till slut sa bara kroppen ifrån. Jag hade ju känt hela tiden att jag hade gått och burit på något i kroppen någonstans, men kanske inte riktigt tagit det på allvar... så det här blev ett uppvaknande.// Kroppen säger något till mig som jag inte vill förstå.

Stefan berättar att när först föll ihop på golvet hemma sköljde känslor av oro och rädsla över honom, särskilt eftersom hans två små barn var hemma under händelsen. Väl på sjukhuset aktualiserades oron, samtidigt han hade svårt att förstå vad som faktiskt höll på att hända. Stefan tyckte sig dessutom vara alldeles för ung för en hjärtinfarkt och dessutom ansåg hansig ha en sund livsstil. Att få en hjärtinfarkt var därför inget han reflekterat över skulle kunna hända, trots tidigare sjukdomsbesvär.

6.2.2 Livsomställningen

Hjärtinfarkten innebar ett uppvaknande för Stefan och han insåg att hans liv behövde en drastisk förändring. Han separerade och rensade almanackan och påbörjade en lång omställningsprocess där det största arbetet låg i att åter prioritera sig själv. Han insåg att han varit en person som alltid ställt upp för andra, men glömt bort sig själv.

Innan hjärtinfarkten stannade han aldrig upp för att tänka efter, utandet var först efter hjärtinfarkten som egenreflektion över livsfrågor blev viktiga. Genom att fråga sig själv; – *Vem är jag?* och *Vad mår jag bra av?*, påbörjades livsomställningen och förändringsarbetet. Med hjälp av enskilda samtal hos en psykolog, samt gruppterapi började bitarna sakta falla på plats. Dock tog det lång tid och vägen till förståelse och acceptans var lång. När han först kom till terapin var han inställd på att få ett facit med hur han skulle gå till väga för att lyckas med förändringen. Väl där upptäckte han dock att det inte finns någon färdig manual till lösningar, utan kraften till framgång och förändring låg i hanseget tankearbete. Då självkänslan skadades i samband med sjukdomen, och han många gånger upplevde att han inte dög till, var även det ett stort återuppbyggnadsarbete.

Att komma underfund med vem jag egentligen är och vad jag mår bra av har varit den största omställningen, men också den roligaste. Det är okej att säga nej till någon annan, det handlar om att säga ja till sig själv.

Genom livsomställningen har Stefan fått mycket stöd och förståelse från sin omgivning, även om han känner att den största delen låg på honom själv och hans personliga utveckling. Förutom familjen fick han stöd från flera oväntade håll och förut ”okända” vänner är idag hans närmsta förtrogna. Ibland upplever han dock människor allt för överbeskyddande och han kan tycka att det är jobbigt att omgivningen ska dalta med honom och tro att han inte klarar av saker bara för att han är hjärtsjuk. Dock har han insett att det är hans eget ansvar att förklara hur det ligger till då ingen annan kan förstå precis hur han känner. Stefan har upptäckt att i och med att han har fått större respekt för sig själv har han också fått en större respekt för sin omgivning.

6.2.3 Synen på livet idag

Stefan berättar att han idag accepterat sin situation och att det är okej att vara lite tröttare då han i det stora hela är mycket gladare än innan hjärtinfarkten. Även om han inte är tacksam över det som hänt, har hjärtinfarkten bidragit till att hanatt han uppskattar livet mer idag än tidigare.

Det jag har gått igenom har gett mig en helt annan trygghet; trygghet i mig själv, trygghet i familjen. När jag gör något, gör jag det för att jag själv vill och tycker att det är kul och jag njuter av det, och jag kan också njuta av att vara ensam, det är inte längre svårt.

6.3 Ullas berättelse

6.3.1 Svårigheten att inse att något är fel

Ulla är 52 år. Våren 2010 stannade hennes hjärta fem gånger innan läkarna tillslut lyckades stabilisera hennes tillstånd. Hjärtinfarkten utlöstes av stress. Fram till hjärtinfarkten hade Ulla dels arbetat som personalchef och också som förhandlande ombudsman på ett fackförbund. Detta innebar att Ulla kunde jobba hur mycket som helst, vilket hon också gjorde. Utöver detta hade Ulla haft ett tungt år innan med sjukdomsfall i familjen och kollegor som gått bort. När de första sjukdomstecknen kom fortsatte Ulla till jobbet som vanligt och vägrade inse att något var fel.

*Jag går hemifrån och kommer ut på gården och kan helt plötsligt inte andas, det var tvärstopp!
Jag satt mig rätt upp och ned, på trappen, ute på gården, och sen fick jag ju sätta mig ett par gånger till på vägen. //och sen så vet jag inget mer. Jag hade noll koll, jag fattade ingenting.*

Ulla berättar att hon vaknade upp på sjukhuset med en läkares ansikte mitt framför sig. Hon kunde inte förstå vad som hade hänt och beskriver det som en blandning av förnekelse och rädsla, vilket gjorde att hon tänkte och fungerade irrationellt. Hon berättar att det första hon tänkte på var att någon måste kontakta hennes chef och säga att hon blir sen till jobbet.

Ulla var mycket illa där, men sakta började hon rent medicinskt att återhämta sig. Den psykiska delen var svårast att hantera och när Ulla väl blev utskriven från sjukhuset hade hon fortfarande svårt att förstå vad som hänt henne. Hon trodde att hon skulle gå hem och att allt snart skulle vara

som vanligt. Dock upptäckte hon genast motsatsen då hon knappt orkadesätta på sig kläderna. Hon var dock fortfarande i chock och kunde inte ta till sig det som hänt. Först, veckor senare, när hon såg ett nyhetsprogram om riskerna med hjärtsjukdomar, och att bara fem procent överlever hjärtstopp, började hon inse vilken tur hon haft. Detta var första steget mot förståelse.

6.3.2 Livsomställningen

När hon väl började förstå kom gråten och rädslan.

Jag har gråtit i, jag ska inte säga två år, även om det fortfarande kommer dagar som det kommer över en, men första året då grät jag jämt. Och såklart fanns det ju en rädsla. // Visst fanns det nätter när jag tänkte; nej, jag vet inte om jag vågar somna för tänk om jag inte vaknar igen?

Känslolivet var svårhanterligt, men Ulla berättar att om hon överlevt fem hjärtstopp är det nog meningen att hon ska leva. Hon började förstå att hennes livssituation krävde förändringar. Trots det ville hon snabbt tillbaks till sitt arbete, och hon inser idag att hon fortfarande inte helt förstod innebörden av sjukdomen. Hon berättar att hon är uppfostrad med tanken på att man ska jobba och göra rätt för sig, vilket har drivit henne genom livet. Hon inser dock nu att den tanken även drivit henne till hjärtinfarkten.

Det tog lång tid innan Ulla kunde gå tillbaks till jobbet. Hon försökte många gånger, men gång på gång fick hon inse att hon inte var helt återställd och blev sjukskriven på nytt. Hon berättar att den psykiska delen var svårast att hantera, särskilt att förstå att hon inte var odödlig. När hon åter blev sjukskriven i tre månader i vintras detta år hade hon bestämt sig på allvar att en förändring skulle ske, även om den var svår och tog tid. Att inse att hon duger som hon är, var svårt och det krävdes hårt arbete att komma till den insikten. Till hjälp hade hon ett fantastiskt stöd från vänner, kollegor, och också från sjukhuset. Ulla deltog itvå projekt för kvinnor i samma situation. Genom gruppterapin lärde hon sig att acceptera sitt känsloliv, till exempel att det är okej att gråta i oväntade situationer, och också hur hon skulle hantera livsomställningen. Ulla menar att det var ett viktigt erfarenhetsutbyte och att detta bidragit till att hon idag lyckats acceptera den hon är, och också kommit att gilla sig själv och vad hon gör.

6.3.3 Synen på livet idag

Ulla vill gärna pensionera sig inom några år och kanske arbeta som volontär. Hon vill arbeta för att det är kul och inte för att ha pengar till mat och hyra. Hon anser sig ha en helt annan inställning till livet.

Jag har jag insett att livet är väldigt skört, det kan ta slut i en handvändning och då skulle jag hellre lägga mer tid på det jag vill. Trots att jag har ett jobb som jag verkligen älskar, skulle jag nog hellre vilja ha mer tid för mig själv.

Rädslan för en ny hjärtinfarkt finns alltid där, även om det inte är något Ulla ständigt tänker på. Ibland kommer hon på sig med att falla in i samma stressiga levnadsmönster som innan hjärtinfarkten vilket på nytt aktualiserar rädslan, samtidigt som det väcker ilska hos henne för att hon åter försatt sig i samma situation. Men har Ulla överlevt fem hjärtstopp anser hon att det är meningen att hon ska leva och skulle hjärtat åter stanna, trots de många förändringar hon gjort, är det nog meningen att det ska ske.

6.4 Magnus berättelse

6.4.1 Svårigheten att inse att något är fel

Magnus är 62 år och arbetar som lärare på en högskola. För två år sedan befann han sig i en stressad period i livet. Dels var han i slutskedet av ett forskningsprojekt, samtidigt som han, tillsammans med en kollega, höll på att starta upp en ny typ av utbildningsprogram. Jobbet tog över och inkräktade på all hans vakna tid.

Det blev så stressigt på jobbet och jag kände ångest varje morgon när jag vaknade av att jag hade tagit på mig det här. Det kändes som jag satt fast i en rävsax, jag kunde inte ta mig ur det!

De första smärtorna kom när Magnus var på besök hos sin mamma. Smärtorna kom först i nacke och rygg, vilket Magnus trodde berodde på för mycket datorskrivande. Det gick ytterligare några veckor och tillslut gick inte smärtan att förneka längre och Magnus tog taxi in till sjukhuset. Väl på akuten tog Magnus en kölapp och väntade på sin tur, förtrots pågående hjärtinfarkt var det aldrig något han övervägde kunde hända utan trodde snarare att smärtan berodde på

magproblem eller liknande. Dock tog det inte lång tid förrän Magnus låg på operationsbordet och fick följa operationen på en tv-skärm. Han berättar att han aldrig var rädd, utan snarare fascinerad av att se sitt hjärta på en monitor.

6.4.2 Livsomställningen

Magnus berättar att hjärtinfarkten gjorde att en helomställning av livssituationen var möjlig och att sjukdomen till största delen innebar positiva förändringar. Eftersom han upplevt kraftig ångest innan på grund av sin stressiga livssituation, innebar hjärtinfarkten att en stor sten lyftes från hans axlar.

Jag fick hjärtinfarkten och det var nästan skönt! Jag kunde säga; ”-Nej någon annan får ta över allt!” Det var en befrielse nästan!//..och i och med att jag vet det jag nu vet har jag också möjlighet att göra om mitt liv.

De positiva följderna av hjärtinfarkten ökades då han gick på stresshantering/grupperapi på sjukhuset och såg hur hårt andra drabbats. I det läget kände han sig tacksam över hur bra det gått för honom, och förstod att det kunde ha varit betydligt värre.

Magnus berättar att han alltid varit vetgirig och eftersom han är forskare vill han gärna veta i detalj och förstå vad som händer med honom, oavsett situation. För många år sedan gick han i parterapi och hade där blivit tillsagd att det kanske finns saker han inte kan få ordentliga svar på. Detta kunde Magnus inte acceptera och efter att ha kämpat länge, genom både att gå i terapi och genom självreflektion, anser han nu ha fått de svar han behöver. Magnus tror att detta även speglar hans sätt att hantera hjärtinfarkten. Han kan nästan bli irriterad på människor som inte försöker finna konkreta lösningar på problem. Själv googlar och läser han sig till svar och har försökt eliminera alla möjliga risker för en ny hjärtinfarkt genom en handlingsplan. Samtidigt försöker han se ljuset på problemen istället för att se det negativa i situationen.

Magnus tycker att han fått bra stöd och förståelse från sin omgivning i samband med livsomställningen. Ibland har omtanken dock gått till överdrift, särskilt på jobbet där han fått sätta ner foten då hans chef förbjöd kollegorna att skicka vissa jobbmail till Magnus för att inte besvara honom. Han säger att han blir arg när folk behandlar honom som ett barn eller som

mindre vetande, särskilt eftersom han är väldigt medveten om att det var stressen som utlöste hjärtinfarkten, och inte skulle försätta sig i samma situation på nytt.

6.4.3 Synen på livet idag

Magnus har genomfört ett omfattande förändringsarbete och ser idag ljust på framtiden. På jobbet är han numera känd som ”anti-stressprofeten”, vilket är totala motsatsen från innan. Han berättar att han idag har tänkt över vad som är det viktigaste i livet, och till minne av hjärtinfarkten, vilket var början till förändringen, firar han traditionsenligt den så kallade ”hjärt-dagen” med sina närmaste för att fira att han fått leva ännu ett år. Idag tar Magnus vara på varje dag som kommer, eftersom hjärtinfarkten har fått honom att inse hur skört livet faktiskt är.

I grunden är man ju samma människa men samtidigt är jag en person som har fått hjärtinfarkt och kunde ha dött. Det viktigaste är nog att jag tar tillvara varje dag mer och har insett att jag inte ska leva i 100 år till. // Jag är stolt över hur jag har förändrats, och glad över förändringen jag gjort. Det är ju synd att jag inte gjort det tidigare, att det ska behövas en hjärtinfarkt innan man börjar inse saker.

7. Analys

En gemensam analys av intervjupersonernas berättelser har gjorts utifrån kristeorin, copingteorin samt tidigare forskning på området. Analysen har kategoriserats utifrån Cullbergs fyra kristeoretiska faser.

7.1 Chockfasen

Krisförloppet kan inte ses som statiskt (Cullberg, 2007) dock tycks den initiala fasen vara det skede där de subjektiva upplevelserna i berättelserna påminner mycket om varandra. Vad som utmärker varje berättelse är känslan av förnekelse under det initiala skedet. Trots att kroppen skriker att något är fel, har intervjupersonerna ignorerat känslan. Även om omfattningen av hjärtinfarkten skiljt sig mellan intervjupersonerna berättarsamtliga om liknande tankemönster. Enligt kristeorin är detta psykiska reaktionssätt karaktäristiskt, särskilt vid kroppsliga symptom av hotande innebörd, och beror på de försvarsmekanismer som finns hos människan, vars uppgift är att dämpa upplevelsen och medvetandet om hot och fara (Cullberg, 2007). Ett temporärt undvikande eller förnekande behöver inte utgöra ett problem (Lennéer-Axelsson, 2010). För **Ullakunde** dock förnekelse bidragit till hennes död, då hon trots andnöd fortsatte till jobbet men slutligen kollapsade då hjärtat stannade. Även de andra berättar liknande historier. **Magnus** förnekade smärtan i veckor och skyllde istället på för mycket datorskrivande innan han uppsökte akuten, och trots smärta och pågående hjärtinfarkt, stod han ändå i kö på akuten och väntade på sin tur.

Chockfasen tycks vara det skede där individen använder så kallade undvikande copingstrategier som beskrivs i tidigare forskning (se bl.a. Dobbie & Mellor, 2008, Brink, 2003). Flera intervjupersoner har känt att något är fel, men ignorerat och förnekat känslan, och låtsas som att problemet inte existerar. Möjligen kan detta även ses som ett försvar, samt att en hjärtinfarkt inte är något man räknar med ska hända. De handlings- och beteendemönster som funnits tidigare räcker inte till för att få kontroll över situationen då kroppen gör vad den vill trots att psyket försöker intala att inget är fel. Att en individ håller verkligheten ifrån sig med all kraft är vanligt under chockfasen, eftersom det ännu inte öppnats någon väg att ta in det skedda (Cullberg, 2007). Förnekelsen kan helt enkelt ses som personens egna psykiska försvar och ett skydd mot oro och

rädsla (ibid). Detta kan även ses som exempel på maladaptiva strategier då de leder till mer eller mindre destruktiva förfaranden. Även om forskning framhåller svårigheten i att klassa copingstrategier som mer eller mindre effektiva (Viney & Westbrook, 1984, Brink, 2006), kan slutsatsen ändå dras att adaptiva strategier är att föredra, där utgångspunkten ligger i att hantera ett problem snarare än försöka undkomma obehagliga situationer.

Tidigare forskning har även försökt visa huruvida undvikande copingstrategier är könsbundna, dock med motsägande resultat där vissa resultat framhåller männen som främsta användare av undvikande strategier, medan andra framhåller kvinnorna (se bl.a. Viney & Westbrook, 1984, Brink, 2003, Lennéer-Axelsson, 2010). Baserat på intervjupersonernas berättelser finner jag inget som tyder på att undvikande strategier skulle vara könsbundna, utan undvikande och förnekelse tycks vara genomgående i allas berättelser under den första tiden i samband med hjärtinfarkten.

7.2 Reaktionsfasen

Tillsammans med chockfasen utgör reaktionsfasen den akuta krisen, och detpsykiska reaktionssättet påminner om varandra i de båda faserna. Dock innebär reaktionsfasen ytterligare en omställning för känslor och tankelivet (Cullberg, 2007), och flera av intervjupersonerna upplevde ett annat reaktionsmönster äntidigare. Oro, stress och rädsla var känslor som nämndes av samtliga. Att uppleva starka negativa känslor i samband med sjukdomen är vanligt eftersom sjukdomen blir ett hot mot det vardagliga livet (Kristofferzon et al., 2007, Söderberg, 2009).

Väl på sjukhuset börjar tre av intervjupersonerna sakta inse vad som hänt och förnekelsen avtar långsamt. För **Ulla**, som drabbats hårdast, sitter förnekelsen i en lång tid även efter att hon lämnat sjukhuset, vilken kan ses som att hennes akuta kris håller i sig längre än de normala fyra-sex veckor som utmärker den akuta krisen (Cullberg, 2007). Möjligen beror det på omfattningen av sjukdomen och kanske beror det även på hennes livssituation och personlighet, vilket har betydelse för hur en person klarar av livsomställningen efter en kris (Call & Davis, 1989). För att förstå hur en individ reagerar och hanterar en kris måste den totala livssituationen vägas in (Cullberg, 2007). Ulla hade en stark roll på arbetsplatsen med stort ansvar för andra. Säkerligen har hon varit van vid att ha kontroll, vilket hon i och med hjärtinfarkten upptäckte sig sakna. I strävan efter att åter få kontroll försöker hon minimera betydelsen och konsekvenserna av

hjärtinfarkten vilket Brink (2003) menar är en mycket vanlig copingstrategi för att slippa konfronteras och omtolka sin egen förmåga. Det blir en lösning för att minska upplevelsen om hot och fara för det egna jaget. Kontroll har visat sig vara en effektiv copingstrategi för att hantera omställningar och negativa känslor bland kroniskt sjuka, då det tycks inbringa en känsla av delaktighet för människor i en krissituation (Gullacksen, 1998, Viney & Westbrook, 1984). Att kombinera kontrollerande med en minimerande/undvikande strategi är dock inte att föredra i längden då individen skjuter upp den nödvändiga konfrontationen med hjärtinfarkten.

Att ha flera kriser omkring sig samtidigt gör att de psykiska resurserna ansträngs ytterligare (Cullberg, 2007). För flera intervjupersoner var hjärtinfarkten inte den enda krisen de genomgick utan det framgick även att det fanns sjukdomsfall och dödsfall i familjen, skilsmässor etcetera. Även om kriserna inte sammanhänger kan dock den ena krisen bidra med en förstärkande effekt på den andra (ibid), vilket kan bidragit till att vissa reagerade starkare på hjärtinfarkten än andra.

Att försöka finna mening i det som hänt är en naturlig del i reaktionsfasen (Cullberg, 2007). Detta blir tydligt i **Stefans** uttalande; ”*jag är ju för ung för det här*”, där han försöker finna ett svar på frågan varför detta hänt honom trots hans unga ålder samt en sund levnadsstil. ”Varför skulle detta hända mig?” är en dominerande fråga hos många i den akuta krisen och för många är det en smärtsam upplevelse. Det finns dock inte alltid ett svar på frågan vilket kan resultera i bitterhet mot omgivningen, samt en ångest mot det egna jaget och känslor av meningslöshet och kaos (Cullberg, 2007). Den akuta krisen kan dock utmynna i motsatt riktning där personen snarare upplever den utlösande situationen som en meningsupplevelse och som öppnar till förändring och bearbetning, vilket tycks vara fallet för Stefan, och också för de andra intervjupersonerna.

7.3 Bearbetningsfasen

I bearbetningsfasen påbörjar en anpassning till de nya livsvillkoren och för de drabbade innebär bearbetningen ett prövande av tanken att leva med sjukdomen (Lennéer-Axelsson, 2010, Cullberg, 2007). Samtliga intervjupersoner beskriver hjärtinfarkten som ett uppvaknande. Detta skulle kunna liknas med det som Forinder (2008) benämner som *ett livsbrott* då livet tar en annan vändning. I berättelserna blir det tydligt då det finns ett tydligt *före* och *efter* hjärtinfarkten; det är en typ av berättelse innan, där intervjupersonerna beskriver outhärdliga stressförhållanden, ångestkänslor etcetera, och en annan efter där istället förändring och omställning dominerar

berättelserna. I och med hjärtinfarkten startar förändringsarbetet och intervjupersonerna berättar att det är då som de förstår att de måste lära sig att omvärdera och omprioritera sina liv, samt att sätta sig själva i fokus. Samtliga bekräftar att de först efter hjärtinfarkten började reflektera över sina livssituationer i en annan grad än tidigare. Även om det handlar om olika typer av förändringar handlar det gemensamt om en livsomställning för alla; allt från fysisk prestation till psykisk hälsa och sociala relationer (Gullacksen, 1998). Gemensamt för samtliga berättelser var att en stor del av bearbetningsarbetet låg i att åter prioritera sig själva. **Stefan**; ”*Jag insåg att jag varit en person som nästan i alla lägen ställt upp för alla andra, men sen glömt bort mig själv*”.

I samband med att intervjupersonerna började förstå och inse vad som hänt påbörjades ett förändrings- och hanteringsarbete. Av berättelserna kan man se att problemfokuserade copingstrategier är vanligt där intervjupersonerna vill lösa ”problemet”. **Magnus** tycks vara den mest problemfokuserade och genom informationssökning och en konkret handlingsplansträvade han efter att lösa/pricka av samtliga riskfaktorer för att helt minimera risken för en ny hjärtinfarkt. Genom bearbetningsfasen upptäckte han dock att ”*det är en lurande sjukdom*”, och man måste acceptera den och inse att man som **Karin** uttryckte det; alltid kommer att vara ”*frisksjuk*”. Anmärkningsvärt är dock att både Magnus och Karin anser sig vara problemfokuserade, och berättar att de hanterar problem med inställningen att de går att lösa och förändra, och att de alltid är och har varit på det sättet. Dock har båda, liksom de andra två intervjupersonerna, snarare använt undvikande och minimerande copingstrategier innan hjärtinfarkten för att få sina liv att fungera. Magnus eller Karin säger att de borde ha förstått att något var fel samt att de båda visste att livssituationen innan var ohållbar, dock har de varken förändrat eller löst problemen kopplade till arbetssituationen innan. En hjärtinfarkt har krävts för att väcka dem från den kontinuerliga vardagen och möjliggöra problemfokuserad coping.

Trots flera likheter under bearbetningsfasen synliggör intervjupersonernas berättelser att det är en högst individuell bearbetningsprocess som kan vara mer eller mindre krävande. **Karin** upplever inga större positiva konsekvenser till följd av hjärtinfarkten medan **Magnus** har svårt att urskilja något negativt. Han beskriver hjärtinfarkten snarare som positiv eftersom sjukdomen bidrog till att han fick möjlighet till att förändra sitt liv och han upplevde även att han många gånger kunde ”skylla” på hjärtinfarkten för att avsäga sig stressiga uppgifter. Detta kan tolkas som positiv omvärdering, det vill säga att Magnus tolkar händelsen som möjligheter till personlig utveckling

istället för något negativt (Folkman et al, 1986).Hjärtinfarktär påfrestande för individen, särskilteftersom den påverkar flera olika livsdomäner (Gullacksen, 2005), och att då se de positiva delarna möjliggör eventuellt en enklare livsomställning.

Tidigare forskning har pekat på svårigheten att avgöra huruvida vissa strategier är mer framgångsrika än andra (se bl.a. Brink, 2006). Möjligtvis skulle det dock här kunna argumenteras för att Magnus föredragna copingstrategi, bestående av positiv omvärdering, faktiskt visat sig mer effektiv och framgångsrik än övriga intervjupersoners hanteringsarbete. Magnus är ensam i studien om att endast se det positiva, och han anser själv att livsomställningen fungerat förhållandevis enkelt. Däremot skulle det kunna diskuteras om *allt*verkliga kan vara positivt vid drabbandet av en kronisk sjukdom. Kunskapsläget pekar på flera påfrestningar till följd av hjärtinfarkt, så som stress, rädsla etcetera (se bl.a. Socialstyrelsen, 2010, Hwu, 1995),vilket även bekräftats av de resterande tre intervjupersoneri studien. Att se allt positivt skulle eventuellt kunna vara en form av förnekelse, eller undvikande för det dödshot hjärtinfarkten faktiskt är.Hur det än ligger till kan det ändå konstateras att ett optimistiskt synsätt generellt gör människor mindre sårbara för stress och andra oväntade händelser i livet (Dobbie & Mellor, 2008).

7.3.1 Berättandet och terapins betydelse

Alla intervjupersoner i studien har fått professionell hjälp i sin bearbetning. De har gått i en stresshanteringskurs/gruppterapi där de dels fått hjälp med problemfokuserade strategier, och också med den emotionella bearbetningen. Alla intervjupersoner är eniga om att gruppterapin hjälpt dem oerhört i bearbetningsfasen och det som tycks viktigast är att lyssna till andras sjukdomsberättelser samt att få berätta sin egen och därigenom få hjälp i hur man ska tänka och göra för att hantera livsomställningen. Att dela med sig av sina upplevelser och lyssna till andra är emotionsfokuserade copingstrategier vars effektivitet stöds av tidigare forskning. Den terapeutiska kraften i en berättelse har visat sig vara enorm och bidrar till att upplevelserna struktureras och blir mer sammanhängande och förstående, samtidigt som det sker en rekonstruktion av självet (Frank, 1995, Gullacksen, 1998, Vickers, 2005). Alla intervjupersoner är eniga om att berättandet fått en särskilt betydande roll, i synnerhet eftersom det hjälpt dem komma fram till den förståelse som krävdes för att fullborda livsomställningen. **Karin** berättar att i och med att hon började prata med folk och lyssna på deras berättelser kunde hon ta till sig

hjärthändelsen på ett annat sätt en tidigare. Det handlar om att göra det överkliga verkligt, vilket tycks underlättas genom samtal. Eftersom krisen annars kan aktualisera känslor av övergivenhet, sorg och tomhet (Cullberg, 2007), tycks gruppen utgöra en form av gemenskapen, en samhörighet, där människor i samma situation kan dela och ta del av andras berättelser, och också bli sedda, genom livsomställningsprocessen.

Flera tidigare studier har poängterat att personer vill ha mer stöd i hur de ska hantera psykiska påfrestningar till följd av hjärtsjukdomen (Brink, 2006, Pâquet et al., 2005), dock tycks intervjupersonerna i studien uppleva att de fått bra hjälp och tillräckligt stöd i processen. Att den professionella hjälpen har utgått från både problemfokuserad och emotionsfokuserad coping har möjligen bidragit till att intervjupersonerna utvecklat en bredare handlingsrepertoar och därav underlättat deras krisbearbetning och tillhörande återhämtning. Bara att få veta att ens krisreaktioner är normala kan vara mycket befriande (Lennéer-Axelsson, 2010) **Ulla** uttryckte särskilt tryggheten i att veta att man inte håller på att bli galen, och att det är normalt att gråten kommer från ingenstans i oväntade situationer.

Även stöd från andra visade sig vara viktigt genom bearbetningen vilket även belyst i tidigare forskningen (se bl.a. MacMahon & Lip, 2002, Dobbie & Mellor, 2008). Det är en viktig och effektiv copingstrategi som tycks fungera för många. De två manliga intervjupersonerna upplevde dock att stödet ibland gick över till ett daltande från omgivningen, och att de upplevde det som att andra betraktade dem som sjuka och särskilt sköra efter hjärtinfarkten, vilket inte alls stämde med deras egen sinnesbild. För personer i livskriser finns en rädsla för att bli för beroende av sin omgivning och individen vill gärna frigöras snabbt från det praktiska stödet (Gullacksen, 1998). Att de två manliga upplevde daltande som jobbigt skulle beror möjligen på att det försvårade den praktiska frigörelsen. Att omgivningen tar till aktiva åtgärder istället för att lyssna till vad den drabbade önskar och behöver är dock inget ovanligt utan fungerar som ett skydd för den utomstående att inte själv komma för nära krisen (Cullberg, 2007). Att vara rak och öppen ansågs vara den bästa strategin för att hantera och lösa sådana missförstånd. En annan möjlig tolkning av att det var just männen i min studie som upplevde stödet från omgivningen som daltande kan vara att de upplevde stödet som ett hot mot deras manlighet som i västvärlden fortfarande associeras med bland annat självständighet och oberoende (Frangeur, 2007).

Stefanansåg dock att det sociala stödet kommer i andra hand och att det viktigaste arbetet låg på honom själv och hans ansvar till förändringar och omprioritering i livet. Att tro på sin egen förmåga gör att enklare att utveckla adaptiva strategier (Dobbie & Mellor, 2008), vilket säkerligen bidragit till att Stefan, liksom de övriga intervjupersonerna, idag insettatt ”*jag duger som jag är*”, trots att det för många var den största och tyngsta delen i bearbetningen.

7.4 Nyorienteringsfasen

Nyorienteringsfasen har ingen avslutning (Cullberg, 2007), utan fortlöper genom hela livet. För intervjupersonerna innebär den efterföljande tiden både möjligheter och prövningar och som synliggjorts av studien bildas nya intressen, omprioriteringar och förändringar görs och en ny syn på livet tycks präglade av alla berättelser efter hjärtinfarkten i nyorienteringsfasen. Alla är också eniga om att de tar vara och uppskatta livet i större utsträckning än innan då idag insett hur skört livet faktiskt är.

Det är i nuläget mer än två år sedan intervjupersonerna i studien drabbades av hjärtinfarkten, vilket kan tänkas bidragit till att alla idag förstått och accepterat det som hänt dem. I nyorienteringsfasen blir krisen ett stycke av livet. Det är inget som glöms bort, utan individen lever med det förgångna som ett bestående ärr (Cullberg, 2007). En individs känslor har dock en omloppstid och även den djupaste oron eller sorgen övergår så småningom till något som inte hindrar hoppet och glädjen att få leva. I nyorienteringsfasen är inte längre de negativa känslorna något som ständigt ockuperar vardagen och även om den lurande sjukdomen alltid finns där, finns också hoppet om en ljusare framtid (ibid). **Stefan** säger till exempel att även om han idag är tröttare än innan hjärtinfarkten är han betydligt gladare och har en bättre självkänedom, vilket gör att han kan fokusera och uppskatta saker i livet han förr tog för givet. Samtliga intervjupersoner bekräftar hans berättelse. Genom att de lärt sig omvärdera och omprioritera finns hoppet om en ljus framtid där sjukdomen inte är det centrala.

Cullberg (2007) menar att årsdagen av det som utlöste krisen fortfarande kan väcka känslomässiga reaktioner, ofta smärtsamma känslor. **Magnus** har istället valt att fira årsdagen, och inte sörja den, eftersom hjärtinfarkten var den händelse som fick honom till en nödvändig förändring och lärt honom att uppskatta livet på ett annat sätt. Återvisas tecken på positiv omvärdering och hans förmåga att se sjukdomen från den ljusa sidan.

8. Sammanfattande diskussion

Syftet med studien var att studera krisförloppet och livsomställningen hos individer som drabbats av hjärtinfarkt, samt undersöka vilka copingstrategier som har hjälpt dem att bemästra livsomställningen. Frågeställningarna för uppsatsen var; Hur beskriver intervjupersonerna krisförloppet av att drabbas av en hjärtinfarkt? Hur upplever intervjupersonerna livsomställningen efter en hjärtinfarkt? Vilka copingstrategier beskriver intervjupersonerna betydande under livsomställningen? Empirin som erhöles, genom de fyra narrativa intervjuerna, har tolkats och analyserats utifrån kristeorin och copingteorin.

8.1 Resultatdiskussion

Krisen och livsomställningen tycks innebära ett mer eller mindre enhetligt förlopp som präglas av ett individuellt förändrings- och hanteringsarbete. Berättelserna liknar många gånger varandra, medan den individuella aspekten är minst lika framträdande, särskilt hurvidaintervjupersonerna upplever de positiva eller negativa efterföljderna av hjärtinfarkten som starkast. Precis som tidigare forskning visar är livsomställningen efter en kronisk sjukdom högst beroende av en rad olika faktorer så som exempelvis personlighet och livssituation (Gullacksen, 2005). Det individuella hanteringsarbetet är avgörande för hur en person handskas med livsomställningen, och copingstrategier som att söka socialt stöd har visats betydande samtidigt som det personliga utvecklingsarbetet tycks vara ännu viktigare. Problemfokuserade och emotionsbaserade copingstrategier tycks gå in i varandra och det framgår inte tydligt vad som föredras eller vad som tycks mest effektivt, även om slutsatsen ända kan dras att adaptiva copingstrategier är att föredra, samt att en positiv inställning till sjukdomen och till livet i allmänhet tycks underlätta livsomställningen och krisbearbetningen.

I vilken fas av krisförloppet en person befinner sig tycks spela stor roll för vilka copingstrategier som föredras. Till exempel var undvikande strategier utmärkande i den initiala fasen medan problemlösande fick en större genomslagskraft i bearbetningsfasen. Möjligen har detta att göra med att krisen innebär en sådan känslomässig omställning att personen ifråga måste fokusera och hantera det först, innan de problemfokuserade ens blir möjliga.

Den strategi som alla intervjupersoner ansåg betydande var att få dela med sig av sina upplevelser samt egenreflektion. Magnus och Karin betonade även vikten av informationssökning och lösningsfokuserade strategier genom faserna, medan detta inte påtalades lika kraftigt av de andra två. Detta bekräftar tidigare resultat om att copingarbetet påverkas av många individuella egenskaper och aspekter och tycks vara beroende av situation, person och sociala förhållanden (Viney & Westbrook, 1984), samt att krisreaktioner måste ses i sin kontext och relateras i förhållande till individens hela sammanhang (Cullberg, 2007). Tidigare forskning har även försökt hitta resultat som visar huruvida män respektive kvinnors val av copingstrategier skiljer sig åt. Det tycks dock inte finnas några tydliga resultat som bekräftar detta då forskningsresultaten är motstridiga (jfr Viney & Westbrook, 1984, Lennéer-Axelsson, 2010). Inte heller denna studie kan dra några slutsatser huruvida skillnad mellan könen finns då det kommer till föredragen coping. Snarare tycks det vara personlighet, livssituation och vart i sjukdomsförloppet individen befinner sig i som tycks styra den valda copingstrategin. Å andra sidan har jag inte utgått från ett explicit genusperspektiv och det kan hända att om jag istället valt att lyfta genusfrågan ytterligare kunde jag möjligen ha funnit fler likheter och skillnader som är könsspecifika.

Hjärtinfarkten innebar inte bara att ställas inför en livshotande situation, utan är mer omfattande och komplex (Hwu, 1995). Studien visar att sjukdomen gav upphov till en mängd olika känslor och reaktioner, både positiva och negativa. Samtliga intervjupersoner ansåg att hjärtinfarkten innebar en lång, och för vissa komplicerad omställning. Alla intervjupersoner mår idag, cirka två år efter hjärtinfarkten, psykiskt och fysiskt bra, samt är socialt välfungerande, flera berättade till och med att de idag mår och fungerar bättre än innan. Även om de inte är tacksamma för själva hjärtinfarkten upplever flera att de är tacksamma för de nödvändiga livsförändringar som gjorts i samband med hjärthändelsen. Vad som bör poängteras är att samtliga intervjupersoner var socialt välfungerande där arbete, nätverk och ekonomi inte utgjorde några problem. Även om kroniskt sjuka har större risk att hamna i socialt och ekonomiskt utanförskap (Socialstyrelsen 2010), var detta inget som var aktuellt för intervjupersonerna. Hade någon även haft en ekonomisk kris eller saknat arbete, utöver sjukdomskrisen, kan det tänkas att resultatet uppvisat fler negativa konsekvenser till följd av sjukdomen då fler trygghetsområden blivit skakade samtidigt (Cullberg, 2007). Dock finns överlappande kriser bland intervjupersonerna, som sjukdomsfall och dödsfall i närheten. En intervjuperson drabbades även av en stroke en kort tid innan

hjärtinfarkten, och det var stroke som han fruktade värst. Hjärtinfarktens konsekvenser blev för honom därmed mer hanterbara. En annan berättade liknande händelse, och beskrev sig genomlidit den värsta krisen i samband med ett tidigare sjukdomsfall, vilket tog udden av hjärtinfarkten. Som tidigare konstaterats är de psykiska följderna till följd av sjukdom mycket komplex (se bl.a. Hwu, 1995) vilket även denna uppsats bekräftar. Subjektiva berättelser och upplevelser kommer alltid att vara just subjektiva, vilket gör att alla individuella aspekter och dimensioner inte är möjliga att analysera. Studien visar att människors känslor, reaktioner och hantering beror mycket på hur de är som individer och vad de tidigare varit med om.

Trots att intervjupersonerna var psykosocialt välfungerande fanns ändå behov av professionellt stöd med bearbetning av sjukdomen och dess psykiska efterverkningar. Både svenska och internationella tidigare studier visar att många som drabbas av hjärtsjukdom får en sänkt livskvalitet och upplever psykosociala konsekvenser såsom stress och ångest i högre uträkning än friska (MacMahon & Lip, 2002, Kristofferzon et al., 2007, Socialstyrelsen, 2010). Detta bekräftas inte av denna studie, då alla intervjupersoner snarare ansåg sig ha högre livskvalitet och mindre stress efter hjärtinfarkten än innan. Möjligen speglas resultatet av att alla intervjupersoner gått en stresshanteringskurs/grupperapi och fått professionell hjälp genom sin krisbearbetningsamt att de inte upplevt att sjukdomen medfört någon påtaglig ekonomisk försämring.

Vad som synliggörs i studien är intervjupersonernas tydliga utveckling under sjukdomstiden. I granskning av intervjuerna blev det tydligt att det fanns en klar skillnad hur de levt sina liv före hjärtinfarkten samt hur de lever idag. Gemensamt är att de alla omvärderat sina liv och vad som är viktigt, lärt sig leva mer i nuet, och lärt sig att prioritera sig själva, vilket tycktes ha prioriterats bort i livet innan hjärtinfarkten. Alla är överens om att de på något sätt levt stressiga liv innan hjärtinfarkten. Frågan är hur det kommer sig att det är först efter hjärtinfarkten som de insett detta? Ingen av intervjupersonerna tycks ha ett klart svar på detta. Kanske beror det på att hjärtinfarkten många gånger slår ner som en blixtnedslag från en klar himmel och är så pass traumatisk och omvälvande att individen inte längre kan blunda för det faktum att något med livssituationen är fel, och sker ingen förändring finns en stor chans för död. Vad det än beror på är livsomställningen ett faktum, och förändringar, oavsett om de är små eller stora, tycks

varanödvändiga i det tillhörande hanterings- och återhämtningsarbetet. När livet störs av sjukdom är detta ett måste för att återskapa kontinuitet i vardagen.

8.1.1 Kristeorins möjligheter och begränsningar

Enligt Cullbergs kristeori kan kriser och trauman bearbetas och är sedan något individen lägger bakom sig. Frågan är om det verkligen stämmer? Läker tiden verkligen alla sår, och blir krisen så småningom till bestående ärr som Cullberg (2007) skriver? Att acceptera och förstå tycks vara skilda saker och även om tiden gett intervjupersonerna tid till eftertanke visar studien att den intervjuperson som drabbats hårdast av sjukdomen, två år senare, fortfarande knappt förstått vad som hänt. Hennes berättelse är den som tydligast utmärker att sårerna fortfarande ibland öppnas vilket åter leder till gråt och sorg. En annan bekräftar berättelsen och pratar om hur komplext psyket är. I bråkdelen av någon sekund kan man tas tillbaka till den där stunden man drabbats och återuppleva krisen på nytt. Antagligen är det detta som bidrar till den kroniska sjukdomens komplexitet (Dobbie & Mellor, 2008, Hwu, 1995). Kanske är det inte tiden som läker alla sår utan snarare vad personerna gör under tiden som har betydelse.

Då en kronisk sjukdom är en oavslutad händelse som individen år efter år måste konfrontera och hantera är det inte konstigt att relationen mellan kronisk sjukdom och dess effekter på individen är mycket komplex och att sjukdomen medför kortsiktiga såväl som långsiktiga konsekvenser (Socialstyrelsen, 2010). Jag är medveten om att kristeorin i den aspekten visats sig ha vissa begränsningar, då denna studie visar att en kris inte alltid behöver vara något man kan lägga bakom sig precis som vilken annan livserfarenhet som helst. Trots detta anser jag att möjligheterna väger upp begränsningarna, bland annat eftersom jag funnit teorin bra lämpad med anledning av studiens syfte, som dels varit att studera krisförloppet hos individer som drabbats av hjärtinfarkt. Jag anser även att Cullbergs kristeori möjliggör att se hela sjukdomsförloppets differentierade faser och tillhörande reaktionsmönster. Då Cullberg (2007) i sin omarbetade version av kristeorin även tar hänsyn till en människas hela livssituation och personliga egenskaper, anser jag att teorin har breddats. Ett vanligt misstag är att se faserna som statiska, vilket Cullberg (2007) poängterar inte är meningen. Genom att istället se dem som mer flytande anser jag att teorin fungerar som en bra grund för att tolka och analysera sjukdomsberättelser, där begränsningarna kompenseras via många möjligheter.

8.2 Metoddiskussion

Den narrativa metoden valdes för kunna genomföra en studie där människors subjektiva berättelser och sjukdomsupplevelser lyfts fram, samt för att fördjupa förståelsen för individens upplevda sjukdomsförlopp. Metoden innebär att empirin insamlas genom djupgående intervjuer. En fördel med metodvalet är intervjupersonerna relativt fritt fått berätta sina sjukdomsberättelser vilket gjort det möjligt att fånga in deras subjektiva upplevelse, och som också varit målet med studien. Å andra sidan kan en nackdel med metoden vara att intervjusituationen är mycket viktig för inhämtandet av empirin och det krävs därför att råder en god intervjusituation samt att mötet mellan intervjuperson och intervjuare fungerar väl (Fangen & Sellerberg, 2011). Min ovana att intervju kan ha varit en begränsning då jag med mer erfarenhet möjligen kunde ställt ytterligare kritiska frågor för mer uttömmande svar. Trots detta har ändå rika och nyanserade uttalanden lyckats inhämtats vilket var förhoppningen med metodvalet. Två av intervjupersonerna trodde förmodligen att jag skulle vara mer styrande i mitt frågande även om jag förklarar metodvalet för dem innan intervjun. En av dem hade svårigheter i att fritt berätta om sina upplevelser och jag tvingades där ha en mer styrande roll som intervjuare. Möjligen skulle detta bidragit till att berättelsen inte blev lika nyanserad och fri som de övriga. En annan nackdel med metoden är att det för vissa kan vara svårt att öppna upp sig och berätta sin livsberättelse för en främmande människa, särskilt eftersom det rör ett känsligtämne, kronisk sjukdom (ibid). Dock upplevdes det inte vara något större problem i studien då det gått cirka två år sedan intervjupersonerna drabbades av hjärtinfarkten och samtliga flera gånger tidigare berättat sin historia för främlingar, bland annat genom sin bearbetningsprocess. Möjligen skulle metoden fungerat sämre om de nyligen drabbats av hjärtinfarkten och aldrig tidigare pratat om sjukdomsförloppet och den tillhörande livsomställningen.

Det går inte att tala om en specifik narrativ analysmodell, och den ska med fördel gärna kombineras med andra typer av analyser (Johansson, 2005, Larsson et al., 2008). På grund av detta hade jag vissa svårigheter att få grepp om analysen till en början, och jag kände mig relativt fri att ”experimentera” med de olika metoder som förespråkades i metodlitteraturen. Genom angreppssätten *Helhet – innehåll* och *Del- Innehåll* är förhoppningen att detta, trots svårigheten, möjliggjort för en fri och mångfasetterad presentation. Både kristeorin och copingteorin var sedan till stor hjälp för att belysa materialet ur olika synvinklar. Trovärdigheten måste självklart alltid

diskuteras. Eftersom jag varit ensam i mitt arbete finns det en risk för att mitt eget tyckande haft en effekt på resultatet, särskilt eftersom jag varit själv med att läsa transkriberingarna och finna mönster och teman genom analysarbetet.

Genom att jag valt att presentera varje berättelse var för sig, och redigera citaten sparsamt, kan förhoppningsvis varje individs subjektiva berättelse komma till uttryck och uppmärksammas på ett rättfärdigt sätt. Förhoppningsvis ses detta inte som en upprepning av läsaren, utan snarare som ett internt validerande, det vill säga huruvida de slutsatser som dragits är trovärdiga eller inte. Vid analysen har jag i viss mån försökt gått bortom intervjupersonernas perspektiv och via de teoretiskt valda utgångspunkterna försökt distansera mig från berättelserna för att sedan tolka och analysera dem (Larsson et al., 2008).

Eftersom jag anser att berättelser växer fram i samspel mellan intervjuare och intervjuad, samt att jag själv alltid är en del av texten som skapas, kan detta säkerligen uppfattas som en begränsning av somliga då fullständig reliabilitet och objektivitet aldrig till fullo kan garanteras med den narrativa metoden. Jag anser dock att metoden, utifrån studiens syfte och frågeställningar, varit lämplig och jag upplever att jag genom de berättelser jag insamlat nått en fördjupad förståelse av individens sjukdomsupplevelse samt den livsomställning och krisförlopp som sjukdomen innebär. Förhoppningsvis är detta något även läsaren upplever sig fått.

8.2 Förslag till vidare forskning

Genom uppsatsen har jag blivit övertygad att tiden har en avgörande betydelse för den subjektiva upplevelsen av hur det är att drabbas och leva efter en kronisk sjukdom. Alla intervjupersoner i denna studie har haft lång tid för bearbetning och möjligen skulle resultaten sett annorlunda ut om intervjuerna genomförts i samband med att hjärtinfarkten inträffat. Det skulle därför vara intressant att jämföra tidens betydelse för hur människor i kris hanterar och upplever sin situation sett ur ett livsloppsperspektiv, och hur det är att drabbas av en kronisk sjukdom sett från olika faser i livet. Eftersom hjärtinfarkt drabbar allt yngre människor (Hjärt-lungfonden, 2013), skulle det vara intressant att studera människor som i mycket ung ålder insjuknat och se vilka effekter sjukdomen får för deras fortsatta sociala och psykiska utveckling.

Som tidigare konstaterats dominerar den medicinska forskningen på området och studier med utgångspunkt inom patologin är överrepresenterad. Eftersom tidigare forskning visat att kronisk sjukdom ofta får sociala och ekonomiska konsekvenser är jag övertygad om att det behövs fler studier som fokuserar på de kroniska sjukdomarna ur ett socialt perspektiv. Genom att utgå från en narrativ metod som låter den insjuknade få möjlighet att berätta om sina upplevelser kan en djupare förståelse förhoppningsvis nås mellan människor, vilket kan bidra till att det sociala och psykiska stödet kan förbättras.

Referenser

- Agewall, S (2008). *Nya riktlinjer definierar fem olika typer av hjärtinfarkt*. Hämtat 2013-03-09, från <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=9252>
- Bjereld, U., Demker, M. & Hinnfors, J. (2002). *Varför vetenskap?: om vikten av problem och teori i forskningsprocessen*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Brink, E. (2003). *To be stricken with first-time myocardial infarction: from acute symptoms onset to early readjustment in women and men*. Diss. Göteborg: Univ., 2003. Göteborg.
- Brink, E. (2006). *Psykosociala konsekvenser av hjärtinfarkt*. I: Hjelmquist, E. (red.) (2006). *Inre och yttre världar: funktionshinder i psykologisk belysning*. Lund: Studentlitteratur.
- Call, J. & Davis, L. (1989). The Effect of Hardiness on Coping Strategies and Adjustment to Illness in Chronically Ill Individuals. *Applied Nursing Research*, 2, 187-188.
- Cullberg, J. (2007). *Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. (5. uppl.) Stockholm: Natur och kultur.
- Depression Health Center (2012) *Coping With Chronic Illnesses and Depression*. Hämtat 2013-03-06, från <http://www.webmd.com/depression/guide/chronic-illnesses-depression?page=2>
- Dobbie, M., & Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact. Considerations for psychologists. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 583–590.
- Esaiasson, P. (2012). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (4., [rev.] uppl.) Stockholm: Norstedts juridik.
- Fangen, K. & Sellerberg, A. (red.) (2011). *Många möjliga metoder*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- FASS (2013) *Ordlista*. Hämtat 2013-03-09, från <http://www.fass.se/LIF/lakarbok/ordlista.jsp?doSearch>

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Forinder, U. (2008). *Människors berättelser om sorger, lidanden och kriser*. I: Larsson, S., Sjöblom, Y. & Lilja John, (red.) (2008). *Narrativa metoder i socialt arbete*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Frangeur, R. (2007). *Mandom, mod och morske män: rapport från manlighetskonferensen den 30 november 2006*. Linköping: Forum för genusvetenskap och jämställdhet, Linköpings universitet.
- Gullacksen, A. (1998). *När smärtan blir en del av livet: livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Diss. Lund : Univ.. [Lund].
- Gullacksen, A. (2005). *Livsomställning och kronisk smärta* I: Richt, B. & Tegern, G. (red.) (2005). *Sjukdomsvärldar: om människors erfarenhet av kroppslig ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Helleday, A. & Berg Wikander, B. (2007). *Fyra psykologiska perspektiv: i socialt arbete och social omsorg*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hjärt-lungfonden (2013). *Vad är hjärtinfarkt?* Hämtat 2013-02-25, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/>
- Hwang, P. (red.) (2010). *Vår tids psykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hwu, Y. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20, 221–225.
- Jeppsson-Grassman, E. (2003). *Att drabbas och att forma sitt liv: om strategier bland funktionshindrade och arbetslösa*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, A. (2005). *Narrativ teori och metod: med livsberättelsen i fokus*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2004). Coping, social support and quality of life after myocardial infarction. *Journal of advanced nursing*, 52, 113-124.

- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of clinical nursing* 16, 391-401.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (red.) (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S., Sjöblom, Y. & Lilja John, (red.) (2008). *Narrativa metoder i socialt arbete*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lennér-Axelsson, B. (2010). *Förluster: om sorg och livsomställning*. (1. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative research: reading, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Macmahon K., & Lip, G. (2002) Psychological factors in heart failure. A review of the Literature. *Archives of Internal Medicine*, 162, 509- 516.
- Mattingly, C. (1998) *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Pâquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., & Vanasse, A. (2005). Reengineering cardiac rehabilitation programs: considering the patient's point of view. *Journal of advanced nursing* 51, 567-576.
- Richt, B. & Tegern, G. (red.) (2005). *Sjukdomsvärldar: om människors erfarenhet av kroppslig ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Richt, B. (2005). *Sjukdom som arbete I*: Richt, B. & Tegern, G. (red.) (2005). *Sjukdomsvärldar: om människors erfarenhet av kroppslig ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Sverige. Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010. [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stroebe, M., Stroebe, W., Shut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5, 62-83.

Söderberg, S. (red.) (2009). *Att leva med sjukdom*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2013-05-02, från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vickers, M. (2005) Illness, work and organization: Postmodern perspectives, antenarratives and chaos narratives for the reinstatement of voice. *Tamara Journal of Critical Postmodern Organization Science* 3, 74-88.

Williams, G (1984). The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. *Sociology of Health and Illness*, 6, 175-200.

Bilagor

Intervjuguide

Kan du berätta lite om dig själv?

Ålder/familj/arbete/livssituation

Att drabbas

Kan du berätta om när du fick hjärtinfarkten? Ålder/tidpunkt?

Hur mådde du? (före/efter hjärtinfarkten)

Tankar/känslor i samband med hjärtinfarkten?

Hur såg du på dig själv? (före/efter hjärtinfarkten?)

Coping

Kan du berätta om hur du hanterat livsomställningen?

Viktiga strategier/faktorer?

Relationer/familj/annat stöd?

Stresshanteringsgrupp på hjärtklinik?

Att leva med sjukdomen

Kan du berätta om hur du mår nu? Tankar/känslor?

Förändrad livsstil/livssituation?

Negativa/positiva upplevelser?

Tankar inför framtiden?

Kan du berätta om din syn på framtiden?

Accepterat sjukdomen?; ja/nej- om ja; vad har fått dig att göra det?

Övrigt

Innan vi avslutar, är det något annat du skulle vilja tillägga eller berätta mer om?