



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt

NYHA- klass II-IV

Michelle Baniassadi

Per Ahlman

Handledare: Agneta Lindvall

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa

Karlskrona december 2013

Personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt

NYHA- klass II-IV

Michelle Baniassadi
Per Ahlman

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtsvikt betraktas som ett stort problem i världen och ökar ständigt, samt att det tillhör en av de vanligaste folksjukdomarna i Sverige. Personer som lever med hjärtsvikt får en påverkan på det dagliga livet och det är vanligt att de upplever fysiska, psykiska och sociala begränsningar i sin vardag. Sjuksköterskan skall vägleda och informera personerna som lever med sjukdomen att uppmärksamma sina symtom för att undvika försämring av tillståndet.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt av NYHA- klass II-IV

Metod: Det gjordes en strukturerad litteraturstudie med kvalitativ ansats som baserades på nio vetenskapliga artiklar. Analysen genomfördes utifrån en manifest innehållsanalys med latenta inslag av inspiration från Graneheim och Lundmans tolkning av innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i fyra kategorier och nio underkategorier. De fyra kategorierna var En förändrad vardag, Livet känns främmande och osäkert, Beroende och oberoende och Livet har en mening.

Slutsats: Resultatet påvisade att hjärtsvikten i hög grad påverkade personernas vardag. Fysiska begränsningar, social isolering, trötthet, rädsla och oro inför döden samt hopplöshet var några negativa upplevelser av hjärtsvikten. Några positiva upplevelser var att försöka finna mening i vardagen trots sjukdomen, bevara autonomin och känna stödet från familj och vänner. Att finna betydelsefulla aspekter i livet gav hopp inför framtiden. Intressant för framtida forskning skulle kunna vara studier om skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelser av hjärtsvikt.

Nyckelord: Hjärtsvikt, upplevelse

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Hjärtsvikt	5
Symtom vid hjärtsvikt	6
Klassificeringssystem	6
Diagnos och behandling vid hjärtsvikt	7
Omvårdnad vid hjärtsvikt	8
Upplevelser	8
Syfte	9
Metod	9
Datainsamling och Urval	10
Inklusionskriterier	10
Exklusionskriterier	10
Litteratursökningen	11
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	11
Resultat	12
Upplevelser av en förändrad vardag	13
Upplevelse av fysiska begränsningar	13
Upplevelse av trötthet	14
Upplevelse av social isolering	15
Livet känns främmande och osäkert	16
Uppleva rädsla och oro	16
Att vara eller inte vara redo för döden	16
Uppleva hopplöshet i livet	17
Beroende och oberoende	17
Livet har en mening	18
Uppleva trygghet	18
Uppleva hopp i livet	18
Acceptans och anpassning till ett förändrat liv	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Slutsatser	26

Självständighet	27
Referenser	28
Bilaga 1 Databassökningar	32
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	33
Bilaga 3 Artikelöversikt	35
Bilaga 4 Exempel på analysförfarande enligt Graneheim och Lundman	37

Inledning

Enligt World Health Organization (WHO) (2008) är hjärtsvikt ett stort problem i världen som flertalet personer tvingas leva med. Enligt Socialstyrelsen (2009) är den vanligaste dödsorsaken bland Sveriges befolkning hjärt- och kärlsjukdom. Av alla människor som gick bort till följd av sjukdomar i Sverige år 2005 var det ca 42 % som orsakades av hjärt- och kärlsjukdom. Hjärtsvikt är en av de hjärtsjukdomar som ligger bakom flest dödsfall i Sverige. Falk, Wahn och Lidell (2007) menar att sannolikheten kan vara stor för personer som lever med kronisk hjärtsvikt att uppleva förändringar som påverkar deras dagliga liv på grund av sjukdomen. Det resulterar vanligen i att personerna får göra stora förändringar i sin livsstil. While och Kiek (2009) fann att personer med hjärtsvikt kunde uppleva försämringar av fysiska, psykiska och sociala aspekter av sin sjukdom. Scotto (2005) visar på att hjärtsvikt kan vara ett stort problem för de drabbade, men även för hälso- och sjukvården. Falk et al. (2007) menar att det är vanligt inom forskning att studera personer med hjärtsvikt, men det är även viktigt att sjuksköterskor förstår och stödjer de upplevelser som personerna känner, för att kunna bevara deras autonomi (ibid).

Personer med hjärtsvikt kan påverkas dagligen av fysiska, psykiska och sociala besvär utav sin sjukdom. Det är därför betydelsefullt för vårdpersonalen att förstå hur de upplever sjukdomen för att kunna genomföra en förbättrad omvårdnad och kunna bevara autonomi hos personerna. Genom att sammanställa befintliga forskningsresultat om hur det är att leva med hjärtsvikt kan det leda till ökad kunskap för vårdpersonal, vilket kan bidra till en förbättrad vård för personerna med hjärtsviktsproblematik och bidra till en fortsatt forskning inom ämnesområdet.

Bakgrund

Hjärtsvikt

Rikssvikt (2012) visade att det beräknas vara ungefär 200 000 i Sverige med diagnosen hjärtsvikt, vilket gör det till en av de största folksjukdomarna. McMurray et al. (2012) menar att hjärtsvikt definieras som en avvikelse i strukturen av hjärtat eller att hjärtat inte klarar av

att tillgodose kroppen med den mängd syre, som vävnaderna är i behov av. Hjärtsvikt enligt Yu, Lee, Kwong, Thompson och Woo (2008) karakteriseras som ett syndrom och inte en sjukdom. Kaan (2005) menar att de underliggande faktorerna till kronisk hjärtsvikt är hypertoni och hjärt- och kärlsjukdom. Andra underliggande sjukdomar exempelvis sepsis och metaboliska störningar kan leda till hjärtsvikt om sjukdomarna förblir obehandlade. En långvarig obehandlad hypertoni eller en skada på hjärtmuskeln efter en hjärtinfarkt kan också leda till att hjärtmuskeln inte förmår pumpa runt blod på ett normalt sätt.

Symtom vid hjärtsvikt

Det finns två olika former av hjärtsvikt, vilket är vänstersidig och högersidig hjärtsvikt. Den vänstersidiga varianten beror på att hjärtats muskel har en nedsatt förmåga att pumpa vidare blodet effektivt från ventrikeln. Högersidig hjärtsvikt beror på störningar i fyllnadsfasen orsakat av en onormalitet i den vänstra ventrikeln. Det gör att hjärtat har svårighet att fylla vänster ventrikel tillräckligt med blod (While & Kiek, 2009). Symtom vid hjärtsvikt kan komma akut eller krypande. Till grund för diagnosen av hjärtsvikt är att trötthet och andfåddhet uppstår vid fysisk ansträngning. Vid vänstersidig hjärtsvikt uppkommer andfåddheten genom att blodet åker bakåt i lungkretsloppet på grund av dålig pumpfunktion i vänster kammare. Det är vanligt vid högersidig hjärtsvikt att blodet stockas i venerna, det ökade trycket leder till att blod pressas ut i vävnaderna. Det resulterar i att ödem uppstår i fötter, vristar och ben hos uppegående personer. Hos de sängliggande personerna uppstår svullad istället i baksidan av låren och sätesregionen (Mårtensson, 2012).

Klassificeringssystem

Enligt McMurray et al. (2012) är det vanligaste sättet att klassificera hjärtsvikt genom att använda sig av The New York Heart Association (NYHA) funktionssystem.

Klassificeringssystemet ger en bild av hur personernas livsstil påverkas av hjärtsvikten.

Tabell 1 Klassificering av hjärtsvikt enligt New York Heart Association.

NYHA I	Personen med hjärtsvikt har inga begränsningar under vanlig fysisk aktivitet. Det blir inga problem med andningen, fatigue eller hjärklappningar.
NYHA II	Personen med hjärtsvikt känner av lite begränsningar under lätt fysisk aktivitet. Men under vila är personen symtomfri. För mycket ansträngning resulterar i andningssvårigheter, hjärklappning och fatigue.
NYHA III	Personen med hjärtsvikt får påtagliga begränsningar av fysisk aktivitet. Men under vila är personen symtomfri. Lätt fysisk aktivitet leder till andningssvårigheter, hjärklappningar och fatigue.
NYHA VI	Personen med hjärtsvikt klarar inte av någon fysisk aktivitet utan obehag. Symtomen kan visa sig redan i vila.

(Mcmurray et al., 2012).

Diagnos och behandling vid hjärtsvikt

En tidig diagnostisering vid hjärtsvikt kan förbättra tillståndet, behandlingsresultatet och även fördröja utvecklingen av sjukdomen. Läkaren bedömer vad som är orsaken till hjärtsvikten, vilken klass av svikt det gäller, prognos och behandlingsstrategier (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). McMurray et al. (2012) menar att det kan vara svårt att ställa en diagnos av hjärtsvikt i de tidigare stadierna. Ekokardiografi (EKO) och elektrokardiogram (EKG) spelar en viktig roll för att kunna ställa en diagnos av hjärtsvikt. De två testerna hjälper även till att skapa en behandlingsplan (ibid).

Mcmurray et al. (2012) visar på att den medicinska behandlingen skiljer sig utifrån vilken form av hjärtsvikt personen har. Gemensamt för behandlingarna är symtomlindring, förebygga försämring av sjukdomen och sjukhusinläggningar. För att undvika försämring av sjukdomen, har det visat sig att utföring av fysisk aktivitet i den utsträckning personen orkar, kan leda till en förbättrad fysisk förmåga och förminskade sjukhusinläggningar. Hunt et.al. (2005) menar att reducerat saltintag och begränsat vätskeintag kan förminska svullnad av kroppen och detta har en positiv inverkan på hjärtat som slipper arbeta hårdare. Enligt McMurray et al. (2012) bör personen bevara en hälsosam vikt och äta hälsosam kost. Reducerat alkoholintag och rökstopp är grundläggande för att inte förvärra hjärtsvikten. Personer som lever med hjärtsvikt bör dagligen väga sig för att hålla kontrollen över vikten, samt hantera och känna igen symtom och signaler på sjukdomen, för att tidigt kunna upptäcka en försämring (ibid).

Omvårdnad vid hjärtsvikt

Enligt Horowitz, Rein, och Leventhal (2004) bör personer som lever med hjärtsvikt undvika eller minimera livshotande försämringar av sin sjukdom för att behålla sin livskvalité. De bör även anpassa sin livsstil och följa upp de rekommenderade behandlingsplanerna som angivits. Vårdpersonal skall stödja och undervisa personer med hjärtsvikt om betydelsen av att hålla saltreducerad kost, undvika övervätskning, viktuppgång, ödem och dyspné för att förebygga försämring av sjukdomen. Piamjariyakul, Smith, Werkowitch och Elyachar (2012) visar på att ökad kunskap hos vårdpersonal kan bidra till att personer med hjärtsvikt slipper bli återinlagda på sjukhus. Sjuksköterskor med kunskap om hjärtsvikt skall undervisa och informera personerna om vikten av att följa upp sin medicinering. Sjuksköterskorna bör även förklara betydelseerna om vilka fördelar fysisk aktivitet och kost har för hälsan.

Socialstyrelsen (2005) menar att kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor bland annat handlar om kommunikationens betydelse av omvårdnad, den innefattar undervisning, vägledning och information till patienter. Det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd för att kunna säkerställa att patienter förstått den erhållna informationen. McDonagh (2011) menar att vårdandet av personer med hjärtsvikt kan vara problematisk på grund av att det finns väldigt många personer med sjukdomen och antalet ökar ständigt. Vårdandet av personer med hjärtsvikt kommer inte enbart behandlas på en specifik avdelning eftersom de förekommer på flera andra vårdavdelningar, därför bör kunskapen ökas om sjukdomen för att förbättra vårdandet (ibid).

Upplevelser

Enligt Eriksson (1991) definieras begreppet upplevelser som något bara en enskild person kan förstå och därmed skiljer sig upplevelsena bland olika personer. Tolkningen av upplevelsena är personlig och styrs av den egna självmedvetenheten. Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) menar att den dagliga verkligheten som människan upplever kan implementeras i begreppet livsvärld. Välbefinnandet och lidandet visar sig i livsvärlden och människans erfarenheter och upplevelser speglas fram. Upplevelse av hälsa hos människan kan uppnås genom att känna helhet och betydelse för sitt liv. Tillgången till liv finns genom människans kropp. Människokroppen ger uttryck för vår existens och förändringar i livsvärlden, den blir tydlig när människan drabbas av kronisk sjukdom exempelvis, hjärtsvikt. Sjukdomen kan påverka välbefinnandet och lidandet. En vårdare försöker lindra lidandet genom att ge god vård och frambringa välbefinnandet hos den lidande personen. Målsättningen för vårdaren är att försöka se varje person som unik och

sträva efter en individuell vård utifrån livsvärldsteorin Yu, Lee, Kwong, Thompson och Woo (2008) menar att upplevelsen av att leva med hjärtsvikt kan ses som ett förlopp där personen strävar efter att finna en ny mening och identitet i livet. Fysiska begränsningar i livet utgjorde störningar i personernas vanliga roll. Dahlberg et al. (2003) påpekar att vid förändringar av livsvärlden kan människan känna sig fången i sin egen kropp, vilket kan ge uttryck i främlingskap inför sig själv över att det inte känns som deras kropp längre (ibid). Enligt Jeon, Kraus, Jowsey och Glasgow (2010) ger hjärtsvikten en påverkan på det dagliga livet hos de personer som lever med sjukdomen. Några upplevelser av att leva med sjukdomen kan vara social isolering, rädsla och förlust av kontroll. Enligt Andersson, Eriksson och Nordgren (2012) är personerna med hjärtsvikt oftast nöjda med sin livssituation, men samtidigt vid utförandet av några aktiviteter kunde de uppleva känslan av att deras kropp förrådde dem. Kroppen gav oftast upp på grund av fatigue och andningsbesvär (ibid).

De personer som lever med hjärtsvikt i sin vardag påverkas av fysiska och sociala begränsningar. Deras välmående kan även vara försämrat och det är av värde att sjuksköterskor förstår deras upplevelser av att leva med hjärtsvikt för att ge en förbättrad omvårdad.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt av NYHA- klass II-IV.

Metod

Studien genomfördes som en strukturerad litteraturstudie med kvalitativ ansats. Valet av metod var att samla in material som fanns tillgängligt om ämnesområdet för studien. Friberg (2012) menar att en litteraturstudie handlar om att skapa en kunskapsöversikt inom ämnesområdet och hitta den information som finns tillgängligt inom befintlig forskning. Enligt Forsberg och Wengström (2013) bygger den kvalitativa ansatsen på att tolka, förstå, förklara och skapa mening av människans subjektiva upplevelser av omvärlden. En kvalitativ forskning använder sig inte av statistik eller numeriska värden för att få fram ett resultat som kvantitativ forskning strävar efter.

Datainsamling och Urval

Litteratursökningen och datainsamlingen genomfördes med sökningen efter vetenskapliga artiklar i databaserna Cinahl och PubMed (se bilaga 1). Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) menar på att Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) innehåller artiklar framförallt om ämnena omvårdnad, nutrition, tandvård och sjukgymnastik. PubMed är en tillgänglig gratis version av Medline. Artiklarna som inkluderas i PubMed kan publiceras innan de är indexerade i Medline eftersom de inte har blivit tilldelade ämnesord. Enligt Forsberg och Wengström (2013) innehåller databaserna en ämnesordlista, kallad thesaurus. Databaserna har olika namn på thesaurus. I Cinahl kallas den Cinahl Headings och i Pubmed är motsvarigheten Medical Subject Headings (MESH) (ibid). De booleska sökoperatorena AND och OR användes under datainsamlingen. Willman et al. (2011) visar på att sökoperatoren OR skapar en händelse mellan två eller flera söktermer. OR finner referenser som innehåller antingen någon eller samtliga av de söktermerna som angivits. Sökoperatoren AND lägger fokus på ett avgränsat område genom att sökorden kombineras (ibid). Sökorden för studien var följande *Heart failure, experience*, life change events och life experiences (se bilaga 1)*. Sökningen genomfördes både som fritextsökning och via ämnesordlista. Willman et al. (2011) menar att fritextsökning bygger på att databasen försöker hitta alla relevanta referenser som någonstans innehåller det sökta ordet.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna för denna studie var vetenskapliga artiklar publicerade från 2003-2013, för att studien skulle baseras på aktuell forskning. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och innefatta både män och kvinnor som drabbats av hjärtsvikt från vuxenålder enligt de olika databaserna. Enligt Cinahl kryssas all adult in och i Pubmed kryssas adult: 19 + years i. Artiklarna behandlade bara personer med hjärtsvikt av NYHA-klass II-IV. De vetenskapliga artiklarna skulle vara peer-reviewed, som Friberg (2012) menar på att de vetenskapliga artiklarna har granskats av vetenskaplig expertis inom ämnesområdet.

Exklusionskriterier

Exklusionskriterierna för denna studie var att artiklarna inte skulle behandla anhörigas eller sjuksköterskornas perspektiv av upplevelser av hjärtsvikt. Artiklarna skulle enbart fokusera på upplevelsena från personen som lever med hjärtsvikten.

Litteratursökningen

Efter genomförd sökning av vetenskapliga artiklar i referensdatabaserna lästes totalt 1600 titlar igenom, utav dessa lästes 102 abstracts. Av dessa abstracts lästes 34 artiklar i fulltext för att se om de verkligen motsvarade syftet, innehöll alla kriterier och var empiriska studier. Efter detta valdes artiklar bort på grund av att de var litteraturstudier, bestod av kvantitativ ansats eller att de inte stämde överens med syftet för vårt arbete. Några artiklar föll även bort av anledningen att de inte enbart behandlade perspektivet från personen som lever med hjärtsvikt eller att de inte innehöll NYHA – klass II-IV. Efter fulltextsläsningen återstod 9 stycken artiklar som gick vidare för kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

Willman et al. (2011) menar att granskningsprotokollen kan användas med ett poängsystem för att granska kvalitetsbrister hos artiklarna. Varje artikels kvalitet granskas och bedöms av varje deltagare genom en skala. Kvaliteten bedömdes genom ett poängsystem som bygger på att varje fråga som visar sig ha ett positivt svar får ett poäng. För negativa svar och vet ej utdelas noll poäng. Efter att alla frågor har bedömts räknas poängsumman samman och räknas om till procent. På detta sätt avgörs om artikeln håller hög kvalitet eller låg kvalitet. De nio vetenskapliga artiklarna kvalitetsbedömdes med hjälp av en reviderad version av Willman et al. (2011) för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier (ibid) (se bilaga 2). Granskningsprotokollet bestod av 14 frågor, varav två av frågorna uteslöts från studien, frågorna om rådande datamättnad och analysmättnad. Frågan om genereras teori ersattes med begreppet överförbarhet istället. Kön valdes också bort från kvalitetsgranskningen. Protokollet bestod av ja, nej och vet ej svar. Hög kvalitet ansågs vara >90 %, medel kvalitet ansågs vara mellan 89-70 % och låg kvalitet ansågs vara <70 %. Av de artiklar som kvalitetsgranskades bedömdes alla innefatta medel eller hög kvalitet och de fick ingå i resultatet.

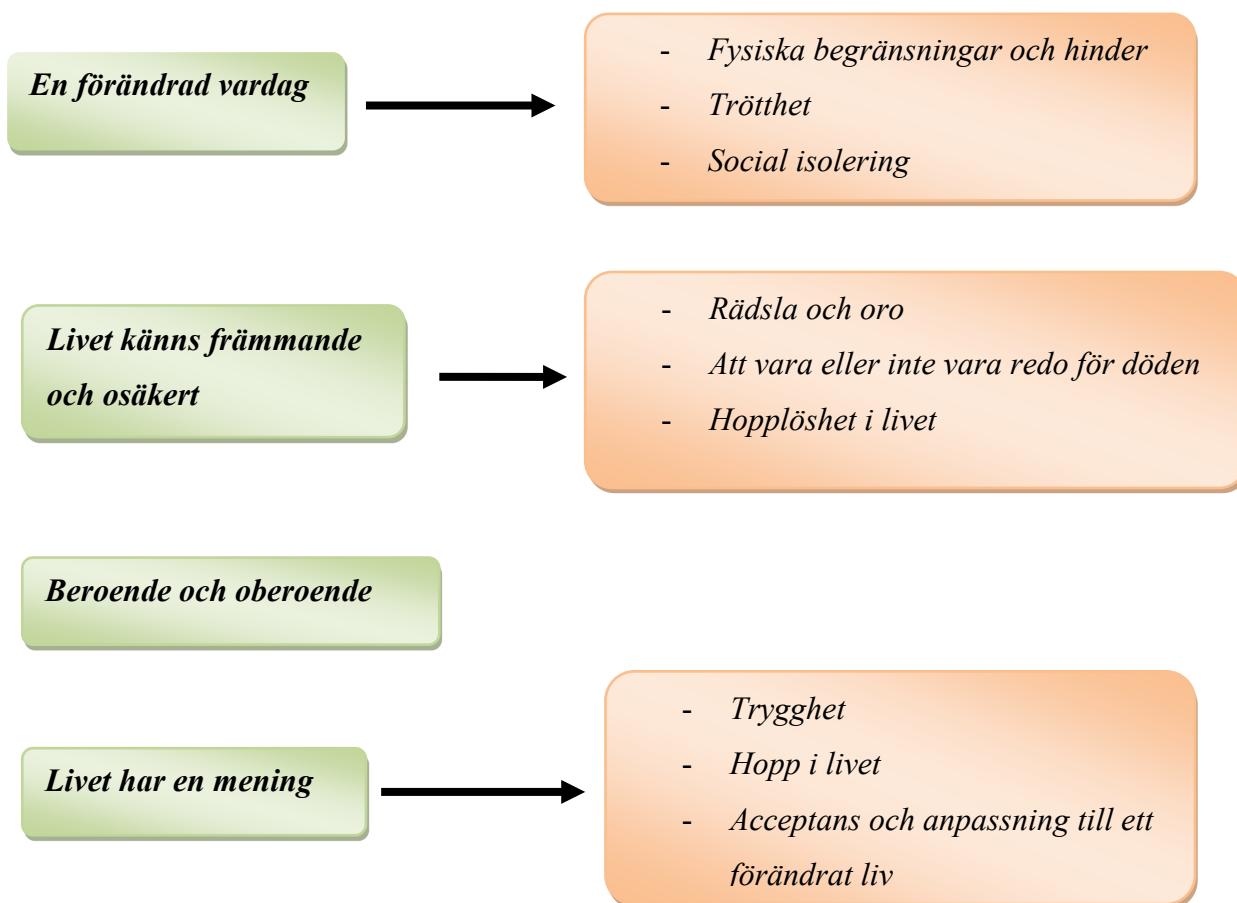
Dataanalys

De nio artiklarna analyserades genom inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. Graneheim och Lundman (2004) menar att innehållsanalys är en metod inom forskning som används för att hantera en stor mängd data. Innehållsanalysen fokuserar på tolkning och granskning av texter (ibid). En manifest innehållsanalys med latent inslag genomfördes. Graneheim och Lundman (2004) menar att en manifest inriktning på innehållsanalysen handlar om det uppenbara i vad texten säger och

beskriver det visuella. Den latent inriktningen försöker beskriva det underliggande budskapet med tolkning av texten (ibid). Studien använde sig av en induktiv ansats. Enligt Graneheim och Lundman (2008) handlar induktiv ansats om att analysen av texterna görs förutsättningslöst (ibid). Texterna lästes igenom flertalet gånger för att förstå innebörden och helheten av texterna. Meningsenheter plockades ut från texterna som gav svar på syftet för studien. Graneheim och Lundman (2004) menar att en meningsenhet bygger på stycken i texten som hör ihop i ett sammanhang och vad som visar sig vara centralt bärande i texten (ibid). Efter att plockat ut meningsenheter kondenserades och abstraherades texten och fördes in i koder. Enligt Graneheim och Lundman (2008) är kondensering till för att korta ner texten och göra den mer tydlig. Kärnan i meningsenheten bevaras. Abstrahera texten handlar om att lyfta innehållet till en högre nivå. Koda texten betyder att texten får en etikett av meningsenheten som beskriver innehållet klart och tydligt (ibid). När kodningen var klar fördes sammanhängande koder ihop, vilket låg till grund för passande kategorier och underkategorier som stämde överens med syftet. Graneheim och Lundman (2004) menar att kategorier innehåller koder som har ett liknande innehåll.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier, den första kategorin handlar om ***En förändrad vardag*** och den innehåller tre underkategorier: *Fysiska begränsningar och hinder*, *Trötthet* och *Social isolering*. Den andra kategorin handlar om ***Livet känns främmande och osäkert*** med underkategorierna: *Rädsla och oro*, *Att vara eller inte vara redo för döden* och *Hopplöshet i livet*. Den tredje kategorin handlar om ***Beroende och oberoende***. Den fjärde och sista kategorin handlar om ***Livet har en mening*** med underkategorierna: *Trygghet*, *Hopp i livet* och *Acceptans och anpassning till ett förändrat liv*. Nedanför visas kategorier och underkategorier (Figur 1).



Figur 1. Kategorier och underkategorier

En förändrad vardag

Personer som lever med hjärtsvikt hade vanligen svårt att fortsätta med aktiviteter under dagen utan att behöva vila. På grund av hjärtsvikten förlorade personerna sina dåvarande roller, vilket isolerade dem från det sociala liv de levt innan sjukdomen. Många saker som de tidigare tagit för givet, kunde nu vara förändrat. De hade svårt att utföra aktiviteter som de ville utan att uppleva trötthet. En promenad kunde vara mycket ansträngande för personerna.

Fysiska begränsningar och hinder

Vid aktivitetsutförande upplevde personerna med hjärtsvikt frustration, ilska och besvikenhet om de inte lyckades. De fysiska begränsningarna var svårt att acceptera och gav känslan av otrygghet och missnöje (Burstrom et al. 2012; Nordgren, Asp & Fagerberg, 2006).

Personerna upplevde även att de ville kunna utföra mer men de fysiska begränsningarna hindrade dem. Därför upplevde de sorg över sina begränsningar (Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2010). Personerna insåg att de kunde känna sig begränsade när de försökte

utföra aktiviteter. De kunde heller inte planera sina dagar eftersom de inte visste vad deras fysiska förmåga skulle räcka till (Nordgren et al. 2006; Pihl et al. 2010). Eftersom de inte kunde påverka dagen var de tvungna att istället acceptera situationen som den var (Pihl et al. 2010). På grund av deras nedsatta fysiska kapacitet upplevde personerna med hjärtsvikt att det var svårt att fortsätta arbeta som förut (Europe & Tyni-Lenné, 2004; Pihl et al. 2010). De försökte att arbeta som förut men de upplev snabbt att det inte gick på grund av den nedsatta kapaciteten (Pihl et al. 2010).

..... and like she'd be half way into bed and she'd say 'JAYSUS not another bout!' and she'd get dressed again and this is all hours of the morning so her morale is being shattered as well and that worries me because what can I do? I can't breathe I can't walk—I can do nothing—I'm just a heap of bones (Ryan & Farrelly, 2009, s. 227).

Trötthet

Det krävdes inte mycket energi hos personerna under aktivitetsutförandet för att symtom av fatigue skulle uppstå. Under de små aktiviteterna som frambringade fatigue, upplevde personerna med hjärtsvikt även andningsbesvär (Allen et al. 2009; Hägglund, Boman & Lundman, 2008). Tröttheten visade sig genom att personerna upplevde koncentrationssvårigheter vilket gjorde att de hade svårt att fokusera på all dagliga saker (Europe & Tyni-Lenne, 2004; Pihl et al. 2010; Ryan & Farrelly, 2009). På grund av tröttheten upplevde de en försämrad minnesfunktion. De kunde glömma viktiga saker (Europé & Tyni-Lenné, 2004).

Det kunde även kännas som att personerna inte hade någon energi till att orka bry sig om att göra saker (Hägglund et al. 2008; Ryan & Farrelly, 2009). De kunde uppleva känslor av förlust och därför brydde de sig inte om något. Ibland låg de bara ner utan någon energi till att göra något. De dagliga aktiviteterna kunde frambringa upplevelser av tomhet i hela kroppen både fysiskt och mentalt (Ryan & Farrelly, 2009). Fatigue involverade hela kroppen och trots vila upplevde de att kroppen var kraftlös och aldrig riktigt utvilad. Genom att känna att det inte fanns någon energi på grund av tröttheten ledde det till att vissa upplevde sorg. Det framkom även att fatigue kunde vara oförutsägbar och variera i intensitet. Det var vanligt att tröttheten var värre på morgonen, men på eftermiddagen kunde energin vara starkare (Hägglund et al. 2008).

Det visade sig att symtom av fatigue gjorde att personerna med hjärtsvikt upplevde att de behövde vila ut och återhämta sig (Allen et al. 2009; Hägglund et al. 2008). De behövde mer sömn än normalt för att ha energi för dagen. Trots mer sömn behövde de även vila korta stunder (Allen et al. 2009). De upplevde att en större del av deras liv bestod av vila och sömn på grund av den nedsatta fysiska kapaciteten (Pihl et al. (2010). Analysen visade även att de inte kunde fortsätta aktiviteter under dagen utan perioder av vila. Om de ville utföra något på kvällarna, krävdes det vila på förmiddagen för att orka med (Europé & Tyni- Lenné, 2004).

It's not like normal tiredness ... it's something like ... everything goes numb ... yes, it numbs your brain ...sometimes I feel like my hearing [is also going numb], as if my hearing is worse (Hägglund et al. 2008, s. 292).

Social isolering

En del upplevde att det var svårt att ha ett socialt liv. Den upplevda nedsatta fysiska kapaciteten var en bidragande faktor till deras försämrade sociala liv. Det var komplicerat att behöva gå någonstans eller att behöva anordna sociala arrangemang (Pihl et al. 2011). Det visade sig även att på grund av sjukdomen var det svårt att behålla sina sociala roller i familjen, i vänskapskretsen och i deras yrkesliv. De upplevde att livet var separerat från dem (Nordgren et al. 2007). Personer med hjärtsvikt upplevde att en av de bidragande faktorerna till att inte kunna behålla sitt sociala liv var på grund av bristen på energi. Genom denna faktor skapades känslan av ensamhet (Hägglund et al. 2008). Den sociala begränsningen gjorde att de upplevde att hela deras dag bestod av att inte göra någonting på grund av att de var sjuka. Det kunde innebära att inte ha möjlighet till att medverka på födelsedagar, bröllop och andra sociala tillställningar. De kände sig uttråkade över att behöva sitta hemma och inte ha någon energi för att orka utföra saker. Personerna kunde känna sig fångslade och att friheten var berövad. Tankar på att vara avskärmd från sig själv och att inte duga till något (Ryan & Farrelly, 2009). De upplevde att de inte vågade visa att de var sjuka. Ingen vill egentligen veta att någon är sjuk. Därför undvek de att prata med andra om sin sjukdom, vilket ledde till social isolering (Burstrom et al. 2012).

When I feel bad I can't stand either myself or my wife, or any other people. Then I become a loner, I want to be by myself. (Europe & Tyni- Lenné, 2004, s. 230).

Livet känns främmande och osäkert

Det visade sig att en del personer som lever med hjärtsvikt upplevde en rädsla för att dö och inte hade någon tro på framtiden. Det kunde också visa sig att kroppen kändes opålitlig och oförutsägbar och det var en påminnelse om att livet inte var oändligt. Personerna hade även svårt för att förstå vad som orsakade deras symtom och det skapade otrygghet och rädsla.

Rädsla och oro

En del personer med hjärtsvikt upplevde oro genom att behöva vara beroende av andra för att klara sig. Genom att inte kunna bestämma över sin egen kropp och låta någon annan hjälpa dem kändes besvärande (Burström et al. 2007; Burström et al. 2012). En del uttryckte rädsla över hur de skulle kunna klara sig själva. De ville inte heller behöva vara ensamma för det förhöjde rädslan och oron (Burström et al. 2007). Några personer upplevde rädsla och oro även vid sömn på grund av risk för andningsbesvär. Rädsla och oro framkom även genom att inte veta när nästa andningsattack skulle inträffa. Genom att inte veta kunde de inte förbereda sig för andningsbesvären och det skapade otrygghet (Ryan & Farrelly, 2009).

Det visade sig att vid aktivitetsutförande var en del personer rädda för att överanstränga sig själva. Detta begränsade deras möjlighet till att delta i aktiviteter på grund av rädsla för överansträngning. De kände även oro över att ingen kunde finnas till hands och hjälpa dem, ifall de skulle överanstränga sin förmåga (Pihl et al. 2011).

*In the interval then I'd be fine but I am all the time worried—worried
when this breathing will attack me again* (Ryan & Farrelly, 2009, s. 226).

Att vara eller inte vara redo för döden

Några personer upplevde att de var redo att avsluta sitt liv, de kände att de hade levt ett underbart liv och nu ville de slippa lidandet. Genom att förbereda sig för döden upplevde några personer trygghet. En del fann sin trygghet inför döden genom religion och den spirituella världen. Andra förberedde sig med att prata med familjen och närstående. Men många personer med hjärtsvikt upplevde att de hade saker kvar att uppnå i livet och därför var de inte redo för döden (Waterworth & Jorgensen, 2010).

Döden innebar en stor rädsla för en del personer med hjärtsvikt (Ryan & Farrelly, 2009). Många var rädda över att döden skulle upplevas vara plågsam och otrygg. Inte veta när döden kunde inträffa var något de fick stå ut med på grund av hjärtsvikten (Burström et al. 2007).

En del upplevde att det inte fanns någon framtid kvar på grund av att slutet var nära (Waterworth & Jorgensen, 2010). Det var inte längre möjligt att behålla sin livsstil eller sin självbild och därför upplevdes livet meningslöst för en del personer (Nordgren et al. 2007).

Oh my heart's on the blink. It's a bit wonky. I mean it's a bit tired. They told me that's it. I could go any time, they told me that (Waterworth & Jorgensen, 2010, s. 202).

Hopplöshet i livet

Hopplöshet kunde upplevas genom att livet kändes hotat och att den sista tiden i livet skulle vara plågsam (Burström et al. 2007). En del upplevde att de aldrig skulle bli bättre och det gav känslan av hopplöshet för framtiden (Ryan & Farrelly, 2009). En del undrade varför sjukdomen skulle hända dem? Varför de har förtjänat att drabbas av hjärtsvikt? De upplevde att de har gjort något dåligt och detta var straffet. Upplevelsen av besvikelse och att inte kunna fullborda sina avsikter med livet eller uppgjorda planer med familjen, gav känslan av hopplöshet (Nordgren et al. 2007).

Beroende och oberoende

Det visade sig genom att kunna behålla och förbättra sin fysiska kapacitet samt kunna göra det de ville, var betydelsefullt för deras självständighet. Det var viktigt för upplevelsen av en fungerande kroppsfunction (Pihl et al. 2011). För en del var det viktigt att kunna besluta saker själva för känslan av självständighet och trygghet. Andra faktorer som bidrog till upplevelsen av självständighet, var genom att ha strukturer i vardagen. Symtomkontroll innebar att kunna ha kontroll över sin diet, vikt och att undvika stress. Genom att göra det mesta av dagen där utförandet av aktiviteter och viloperioder inräknades, var det en metod av att kunna ha kontroll över sitt liv (Waterworth & Jorgensen, 2010). Självständigheten och kontrollen över livet och hälsan, gav upplevelsen av balans i livet för många (Nordgren et al. 2007).

I surely don't want to be an invalid, and I am no tone either. I can go for walks, and I can drive around in my car. (Europe & Tyni- Lenné, 2004, s. 232).

En del personer som levde med hjärtsvikt upplevde att de inte kunde genomföra sina livsplaner längre. De kände att de hade förlorat sina sociala roller, aktiva liv och att de inte

längre kunde vara den person som de var förut. Deras självbild kunde nu vara förändrad och att de kände att självständigheten var nedsatt. Hjälp från andra var värdefullt, men samtidigt framtogs deras självständighet vilket upplevdes otryggt (Nordgren et al. 2007). De upplevde det som en begränsning att inte kunna gå ut när de ville och det bidrog också till känslan av osjälvständighet. Vardagen behövde planeras och det krävdes en del hjälp från andra och det bidrog också till osjälvständighet (Pihl et al. 2010). Upplevelsen av osjälvständighet visade sig även vara en rädsla över att bli en belastning för andra. En del upplevde även att de hellre hade gått bort än att bli beroende av andra och förlora sin självbestämmanderätt (Waterworth & Jorgensen, 2010). Det framträdde också att en del sjuka personer som lever med hjärtsvikt upplevde sin kropp som kontrollerande och att den var främmande, vilket medförde att personerna upplevde det otryggt (Nordgren et al. 2007).

And if I was extremely bad I think I would arrange to have a good send off. I think I would croak it ... die ... before I was dependent on health professionals for every little thing. I mean I think I would will myself to die ... that is as long as I was capable of coherent thinking (Waterworth & Jorgensen, 2010, s. 203).

Livet har en mening

Personerna med hjärtsvikt upplevde tillfredställelse i livet om de kunde behålla mycket av deras kroppsfunction och utföra tidigare fysiska aktiviteter. Trygghet i livet var även viktigt för en del och det upplevdes genom att inte känna av symtom och kunna leva som förut.

Trygghet

Upplevelsen av trygghet kunde uppnås genom att klara av fysiska utmaningar och att kroppen kunde fungera trots hjärtsvikten (Burström et al. 2012). Vänner, familj och närståendes stöd och förståelse under svåra perioder upplevdes vara tryggt. Familjebanden kunde även förstärkas för en del under svåra perioder (Allen et al. 2009). Trygghet upplevdes även genom att inte behöva vara ensam och kunna leva ihop med en partner (Burström et al. 2012; Burström et al. 2007).

Hopp i livet

Hopp kunde upplevas genom en tro på livet och framtiden. Det var en väg för att känna trygghet trots den påminnande hjärtsvikten. En del intalade sig själv att de mår bra och tänkte inte på att de var sjuka. Denna strategi gjorde att de upplevde hopp i livet (Burström,

Boman, Strandberg & Brulin, 2007). Hopp inkluderade en önskan om att sjukdomen bara var tillfällig. De upplevde en önskan om en positiv förändring som kunde ge en bättre framtid som var meningsfull (Nordgren et al. 2007). Ett starkt hopp om att inte vara ensam i framtiden kunde upplevas av personerna. Andra starka hopp var att inte behöva vara beroende av andra och inte behöva hjälp med allt (Burström et al. (2011). Det upplevdes finnas en stark önskan om en bättre fysik hos några av dem (Europe & Tyni- Lenné, 2004).

Acceptans och anpassning till ett förändrat liv

Några personer funderade över hur livet hade varit innan de fick hjärtsvikt och vad som hade förändrats i deras liv på grund av sjukdomen. Sjukdomen hade blivit en del av deras nuvarande liv (Allen et al. 2009). De ansåg att tillståndet var en konsekvens över hur de levt sitt liv innan. Personerna hade en förståelse för att framtiden kunde vara osäker, de förstod att inget kunde tas för givet och att livet nu pendlade mellan liv och död (Nordgren et al. 2007). De upplevde att hjärtsvikt var ett tillstånd som de var tvungna att stå ut med (Allen et al. 2009). De förstod allvaret i sin sjukdom eftersom de var medvetna om att många personer avled på grund av hjärtsvikt (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Situationen kunde även vara svår att acceptera om personerna upplevt att de tidigare kunnat göra vissa saker, men inte längre hade kapacitet att klara av det längre (Hägglund et al. 2008). En del personer som levde med hjärtsvikt var ändå tacksamma över sina liv och de försökte ta en dag i taget och upplevde lycka för varje dag som passerade (Burström et al. 2012; Europe & Tyni-Lenné, 2004). De var även tacksamma över sina kvarvarande förmågor som de kunde använda sig av och de accepterade sina begränsningar (Hägglund et al. 2008).

I have stated that buying a newspaper, one kilometre forth and back, takes maybe an hour. You may stop and rest, it is not much that you can do about it, you can't go any quicker, you just can't do it. Then, whatever you want to do it is just an established limitation (Pihl et al. 2011, s. 6-7).

En del personer försökte balansera och kontrollera sin livssituation utifrån deras opålitliga och försämrade kropp. För att kunna göra det behövde de lära sig att leva med den förändrade situationen och testa sin kropps begränsningar och lära sig leva med dem. Några av personerna som levde med hjärtsvikt upplevde glädje i livet när de lyckades finna en balans att hantera situationen (Nordgren et al. 2007). Balansen hittade en del genom att försöka leva och inte behöva tänka på sjukdomen hela tiden (Allen et al. 2009). Genom att utveckla strategier i sin vardag kunde en del hantera sina begränsningar. Några förändringar i livsstilen kunde vara dietkontroll, rökstopp, måttligt med alkohol, minskad stress och försök till förändringar av aktiviteter i sin vardag. Utifrån sin fysiska förmåga fick de anpassa sig på olika sätt. De kunde inte arbeta som förut och det innebar att de fick korta ner sina arbetstimmar för att kunna hantera sin vardag (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Anpassning till deras nedsatta energi krävde vila för att kunna utföra aktiviteter (Hägglund et al. 2008). Några upplevde att de behövde hitta nya viktiga saker i livet som en strategi. En del personer vågade inte alltid utmana sig själva kring aktivitetsutförande, för att de var rädda att symtomen från hjärtsvikten skulle förstärkas (Pihl et al. 2011). Trots att de behövde utmana sig själva, krävdes det även att kunna acceptera att allting inte går att göra som förut, de behövde sänka kraven (Burström et al. 2012). En del upplevde att de behövde sätta upp mål och regler. Några av målen kunde vara att försöka promenera varje dag istället för att ligga i sängen (Hägglund et al. (2008).

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie med kvalitativ ansats valdes som metod eftersom det var personers upplevelser av hjärtsvikt som skulle studeras. Enligt Forsberg och Wengström (2013) är det forskningsfrågan som styr valet av metod för studien. Willman et al. (2011) menar att en kvalitativ ansats syftar till att studera fenomen, tolka mening, upplevelser och erfarenheter (ibid). Enligt förutsättningarna som fanns för examensarbetet passade en strukturerad

litteraturstudie bättre än en empirisk studie. Danielson (2012) menar att en empirisk studie är en lämplig metod för ökad förståelse av fenomen eller situationer, men den är tidskrävande och kräver lång planering (ibid). Fördelen med en empirisk studie är att det kunnat bidra till ny kunskap genom att intervjua personerna som lever med hjärtsvikt om deras upplevelser. Fördelen med en strukturerad litteraturstudie kan vara att kunskapen blir bredare eftersom flera studier ingår om ämnesområdet.

I denna litteraturstudie användes databaserna Cinahl och Pubmed eftersom de har fokus på hälso- och sjukvård. Till sökningen hade fler databaser kunnat inkluderas eftersom det utvidgar möjligheterna till att finna fler artiklar. Vid sökningen i de två databaserna erhöles ett omfångsrikt antal artiklar vilket ansågs tillräckligt för att svara på syftet i studien. Enligt Willman et al. (2011) bör litteratursökningen genomföras i flera relevanta databaser, men det skall vara under givna förutsättningar för studien (ibid). För att öka kunskapen om hur databaserna fungerar och för att göra databassökningen effektiv och hitta relevanta artiklar bestämdes ett möte med en bibliotekarie på Blekinge tekniska högskolas bibliotek. Forsberg och Wengström (2013) menar på att det är effektivt att söka hjälp hos en bibliotekarie för att lära sig databasernas strukturer och indexeringssätt (ibid). Med hjälp av den booleska söktermen AND kombinerades sökorden, det gjorde att sökningen blev avgränsad inom området och det var lättare att hitta artiklar som svarade mot syftet. Trots kombinationen av booleska söktermen AND, involverades artiklar som innehöll fler sjukdomar än bara hjärtsvikt. Detta resulterade i att det uppstod många oanvändbara titlar och abstracts. Den booleska söktermen OR användes för att bredda sökningen. Men det ledde till ett ohanterligt antal artiklar, som krävde en begränsning för att kunna hantera resultatet. Enligt Willman et al. (2011) är användningen av den booleska söktermen NOT ett sätt att försäkra en begränsning av sökningen (ibid). Om NOT hade använts i litteratursökningen hade det kunnat hjälpa till att begränsa sökningen. Men risken hade kunnat vara att relevanta artiklar hade fallit bort.

Efter litteratursökningen och granskningen framkom nio artiklar till resultatet. Antalet artiklar ansågs tillräckligt för att kunna besvara syftet för studien. En större mängd artiklar hade kunnat styrka resultatet, men det hade inte vart hanterbart för den givna tidsramen för studien. Artiklarna var publicerade från 2003 och framåt för att det skulle baseras på aktuell forskning. Artiklarna som ingår i resultatet kom ifrån länderna Sverige, USA, Kanada, Irland och Nya Zeeland. Det är positivt för resultatet att flera länder involveras och det ger ett

bredare perspektiv och förbättrad överförbarhet. Enligt Willman et al. (2011) krävs det mer än en studie för att kunna göra en sammanvägning av evidensstyrkan. Trovärdigheten i sammanställningen förstärks om det finns flera studier som ger liknande resultat även om de utförts i olika länder (ibid). Det kan finnas en skillnad i hälso- och sjukvården mellan olika länder och framförallt mellan industriländer och utvecklingsländer. Utvecklingsländer kan ha försämrade tillgång till hälso- och sjukvård och därför brist på mediciner. Tillgången på mediciner skulle kunna ha påverkat personernas upplevelse av att leva med hjärtsvikt. Willman et al. (2011) menar att studier från andra länder måste värderas om de kan vara relevanta för nordisk hälso- och sjukvård (ibid).

Studien behandlade både kvinnor och mäns upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Fokus för denna studie var att granska generella upplevelser och inte specifikt för ett kön. Artiklarna behandlade bara vuxna människor eftersom hjärtsvikt är mest förekommande hos vuxna personer. De olika databaserna hade olika definitioner på vad som ansågs vara vuxen ålder. I Cinahl kryssades all adult in och i Pubmed 19+ years för att inkludera vuxen ålder. Studien omfattade NYHA-klass II-IV för att i klass I är symtomen inte lika påtagliga och knappt märkbara.

En kvalitetsgranskning av artiklarna genomfördes för att bedöma artiklarnas tillförlitlighet och kvalitet. Granskningen av artiklarna utfördes med hjälp av ett modifierat granskningsprotokoll (Bilaga 2), av Willmans protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (Willman et al. 2011). Modifiering av granskningsprotokollet gjordes mot studiens syfte, frågan om genererad teori togs bort och ersattes med frågan överförbarhet eftersom för att det ansågs förtydliga frågan bättre. Andra frågor som togs bort var rådande av datamättnad och analysmättnad på grund av att de ansågs för svårt att bedöma. Enligt Willman et al. (2011) är kvalitetsbedömningen en tolkning av varje person som granskar och det är även väsentligt att det valda protokollet modifieras efter studiens syfte (ibid). Granskningen av artiklarna genomfördes individuellt först och sedan tillsammans. Detta gjordes för att öka tillförlitligheten av artiklarna. Resultatet av bedömningen kunde eventuellt sett annorlunda ut om någon annan person genomförde kvalitetsbedömningen av de utvalda artiklarna. Artiklarna som ingår i resultatet visade sig alla innefatta ett etiskt övervägande vilket var en styrka för studien och ökade tillförlitligheten. Av de granskade artiklarna fick åtta av dem hög poäng och en av artiklarna fick poängen medel. Det kan finnas en risk att

artiklarna är övervärderade på grund av oerfarenhet. Willman et al. (2011) menar att det finns en risk för övervärdering och undervärdering vid kvalitetsgranskning av artiklar (ibid).

Analysmetoden genomfördes som en inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Artiklarna lästes individuellt först för att sedan diskuteras och komma fram till en gemensam analys. Tolkningen av artiklarna kan variera på grund av författarnas olika förståelse om texten och det kan ha haft en inverkan på resultatet. Gemensamt plockades meningsenheter ut som gav svar mot syftet och som var meningsbärande för texten. Graneheim och Lundman (2004) menar att för skapandet av trovärdighet är det viktigt att hitta en passande meningsenhet som inte är för stor eller inte för kort. För korta meningsenheter innebär risk för fragmentering och är den för stor är risken istället att meningsenheten innehåller flera betydelser (ibid). Kondensering av meningsenheterna gjordes på engelska förutom i en artikel som var skriven på svenska och därför behövdes ingen översättning. Det ansågs vara en fördel att översätta det på engelska eftersom det fanns mindre risk för feltolkning och det var lättare att korta ner texten. Kodningen av kondenseringen var en utmaning för det var först då texten översattes till svenska. Det fanns en risk att feltolka texten därför att engelskans uttryck inte alltid har samma betydelse som svenska språket. En manifest innehållsanalys med latent inslag användes i denna studie för att det är svårt att undvika tolkning helt när texter sammanställs. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en manifest innehållsanalys en bra grund och början för studenter. Stegvis och med mer kunskap kan den latent nivån implementeras vilket innebär tolkning av texterna (ibid). Att finna lämpliga kategorier ansågs vara svårt eftersom koderna skulle sammanvägas och finna ett större budskap. Det krävdes lite tolkning och därför fanns det risk för misstolkning och felplacering. En del koder upplevdes även att de kunde placeras i mer än en kategori. Graneheim och Lundman (2004) menar att inga koder får placeras i fler än en kategori.

Resultatdiskussion

Livsvärlden hos personer som lever med hjärtsvikt påverkades på grund av den kroniska sjukdomen. Det visade sig vara ett lidande i deras livsvärld där begränsningarna från hjärtsvikten var påtagliga. En del ansåg att tröttheten var ett lidande och en bidragande faktor till social isolering. De kunde inte utföra tidigare fysiska aktiviteter. Trots lidandet av att leva med en kronisk sjukdom som hjärtsvikt kunde en del av personerna uppleva välbefinnande genom att behålla tidigare förmågor och finna nya meningsfulla saker i livet. Dahlberg et al. (2003) menar att människan kan känna betydelse och helhet för sitt liv genom upplevelsen av hälsa. En kronisk sjukdom i livet påverkar välbefinnandet och kan ge ett ständigt lidande.

Dahlberg och Segesten (2010) menar att hälsa och ohälsa inte är motsatser till varandra. Vid en specifik sjukdom kan ohälsa framträda, trots detta kan hälsa infinna sig hos personen beroende på hur de förhåller sig till sin sjukdom (ibid). Det visade sig att en del upplevde hopplöshet inför framtiden därför att sjukdomen hotade livet. Döden var något okänt som personerna med hjärtsvikt upplevde rädsla inför samt att döden kunde vara plågsam vid livets slutskede. Resultatet styrks av Ekman, Ehnfors och Norberg (2000) som beskriver att en del personer upplever döden som obehaglig och skrämmande och därför är döden ett ämne som inte diskuteras. Även Yu et al (2007) bekräftar att livssituationen kan vara hotad för de som lever med hjärtsvikt eftersom framtiden upplevs oförutsägbar och oviss. Det är på grund av detta som personerna med hjärtsvikt upplevde hopplöshet. Gott, Small, Barnes, Payne och Seamark (2008) menar att personerna kunde uppleva en rädsla inför en plågsam död. De uttryckte även att de ville ha en plötslig och fridfull död med en närvaro av närstående. Willems, Hak, Visser och Van der Wal (2004) visar även att i livets slutskede ville inte en del personer erhålla livsförlängande mediciner som kunde förlänga lidandet och livsförloppet (ibid). I resultatet framträdde det även att en del personer med hjärtsvikt istället upplevde tacksamhet för sitt liv och nu kände sig redo för döden. Trygghet inför döden kunde upplevas när personerna hade en stark tilltro till religionen. Hopp, Thornton, Martin och Zalenski (2012) bekräftar också att en del personer sökte sig till olika religioner och spirituella trosuppfattningar för att hantera sjukdomen.

I resultatet framträdde det att upplevelsen av fatigue var en av de stora orsakerna till att en del personer med hjärtsvikt inte förmådde utföra dagliga fysiska aktiviteter som förut. De kunde känna sig socialt isolerade på grund av orkeslösheten. Det var även svårt att behålla sina sociala roller i familj, vänskapskrets och yrkesliv. Det konstaterades att andningsbesvären var påtagliga och ytterligare en bidragande orsak till den sociala isoleringen samt att de inte orkade anstränga sig under aktivitetsutförande. Andersson, Eriksson och Nordgren (2012) styrker resultatet genom att de fysiska begränsningarna från tröttheten gjorde att en del upplevde det som att deras kropp svek dem. De ansåg att det var frustrerande att symtomen från hjärtsvikten förstärktes vid ansträngande aktiviteter. De var besvikna över att de inte kunde bemästra tidigare aktiviteter, som varit meningsfulla för dem. Cortis och Williams (2007) påvisar i sin studie även att de upplevde andningsbesvär, fatigue och social isolering. Det framkommer även att trots symtomupplevelser från hjärtsvikten fann personerna strategier för att hantera sin sjukdom, de fick anpassa sina liv och aktiviteter efter deras förmåga. Orsaken till social isolering kunde vara på grund av att de inte förmådde ta sig ut

som tidigare för att socialisera sig vilket ledde till ett försämrat socialt nätverk. Även om de levde tillsammans med en partner eller hade support från familj kunde de uppleva ensamhet och saknad från sin vänskapskrets (Cortis & Williams, 2007).

Resultatet påvisade att autonomin påverkades genom att den kunde upplevas nedsatt och att det förändrade deras självbild. Personerna med hjärtsvikt kände att de behövde stöd av andra personer för att kunna hantera sin vardag. Detta kunde upplevas problematiskt eftersom de inte ville vara en börda för andra personer. Cortis och Williams (2007) bekräftar att personerna inte ville känna sig till besvär för anhöriga och vänner. Det visade sig också att hjälp från andra gav upplevelsen av försämrad autonomi och även känslan av att vara äldre än de i själva verket var. Rhodes och Bowles (2002) menar däremot att stor tillfredställelse upplevdes av en del personer med hjärtsvikt när de kunde fatta egna beslut om förändringar i sina liv. Personerna som levde med hjärtsvikt försökte bevara sin autonomi och självständighet i den utsträckning som de klarade av. Thornhill, Lyons, Nouwen och Lip (2008) menar att självbilden inte påverkas till följd av sjukdomen däremot förändras troligen omständigheterna runt omkring (Thornhill, Lyons, Nouwen & Lip, 2008).

Ur resultatet framkom det att betydelsen av hopp var betydelsefullt för att se positivt på framtiden. Genom att leva med kronisk hjärtsvikt visade det sig att acceptans av tillståndet var viktigt för att uppleva livet meningsfullt. En del hade svårare att acceptera att de inte kunde utföra tidigare aktiviteter medan andra försökte hitta strategier för att kunna kontrollera sitt tillstånd. Cortis och Williams (2007) menar att trots att sjukdomen kunde försämrats bestod deras liv av hopp och mening. De kunde även finna styrka genom att träffa andra personer med liknande besvär. Falk et al. (2007) styrker att det sociala nätverket var en viktig del i deras liv för att kunna dela med sig av sina upplevelser av sjukdomen. Eriksson (2005) menar att personer som lever med en kronisk sjukdom upplever hopplöshet på grund av lidandet och orkeslöshet. Yu et al. (2008) tillägger att en osäker framtid där sjukdomstillståndet är oförutsägbart, skapar känslor av hopplöshet för deras situation. En del personer levde i förnekelse över att behöva leva med en kronisk sjukdom. De försökte skapa en bild av att sjukdomen inte skulle försämrats utan istället förbättras. Hopplösheten ökade av att sjukdomen inte gick att förneka. Rhodes och Bowles (2002) påvisar att det kunde vara svårt att acceptera sjukdomen men de var tvungna att göra det. De fick anpassa sig till att vissa aktiviteter var tvungna att avbrytas eller att det kunde ta längre tid att utföra dem. Genom positiva tankar och fokus på att utföra saker som de kunde göra,

underlättades sjukdomen och ledde till att de inte begränsade sig själva. Varje person är ansvarig för sin egen glädje i livet och det är val som personen själv får göra om de vill uppnå lycka i livet. Cortis och Williams (2007) tillägger även att medicineringar var nödvändigheter i deras liv för att kunna uppleva livet värdefullt trots hjärtsvikten. Även Yu et al. (2007) påvisar att en del personer behövde förändra sin livsstil genom dietkontroll, rökstopp, minskade mängder med alkohol och anpassning till fysisk aktivitet. Nordgren, Asp och Fagerberg (2008) tillägger att viloperioder kunde användas som en strategi till att spara energi för att orka utföra aktiviteter.

Resultatet visade att familj och vänner var viktiga faktorer som gjorde livet meningsfullt och tryggt i de sjukas vardag. Vilket Yu et al. (2007) även styrker med beskrivningen av att vänner, familj och att ha en trosuppfattning var viktiga aspekter för ett meningsfullt liv med en kronisk sjukdom som var ständigt närvarande (ibid).

Slutsatser

Personer med hjärtsvikt upplevde att deras vardag påverkades av deras sjukdom.

Karakteristiska upplevelser av den påverkade vardagen bestod av fysiska begränsningar och trötthet som inverkade på deras sociala liv och förmåga att utföra fysiska aktiviteter. Symtom kunde uppstå oförutsägbart. Detta kunde leda till emotionell påverkan i form av ständig rädsla och oro hos personerna. Tankar om döden var vanligt och vid försämring av tillståndet frambringades känslan av hopplöshet inför framtiden. Det var viktigt att lära sig känna igen sina symtom för att undvika exacerbation av sjukdomen. För en del personer var det viktigt att finna betydelsefulla saker som gav en känsla av att livet fortfarande var meningsfullt. Det framkom att betydelsefulla aspekter kunde vara att bevara självständigheten samt stöd från familj och vänner. En del personer fick omprioritera aktiviteter som kunde inbringade hopp inför framtiden. Genom att kunna fortsätta leva ett värdefullt liv var det väsentligt att acceptera sitt tillstånd och anpassa sig för livsstilsförändringar i sin vardag.

Det är betydelsefullt att vårdpersonal skaffar sig kunskap om forskningen som finns angående personers upplevelser av hjärtsvikt. Denna kunskap kan sedan implementeras i vårdandet vilket kan leda till en förbättrad personcentrad omvårdad för personer som lever med hjärtsvikt. Sjuksköterskan kan även hjälpa till med strategier för att hantera sjukdomen och därmed förebygga ett lidande. God information och kommunikation är betydelsefulla för att

skapa en bra vårdrelation mellan patienter och sjuksköterskor. Det finns forskning som belyser personers upplevelser av hjärtsvikt. Däremot är forskningen bristfällig vad det gäller skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelser av hjärtsvikt.

Självständighet

Michelle Baniassadi och Per Ahlman har genomfört ett examensarbete tillsammans. Datainsamlingen genomfördes på två olika datorer men bredvid varandra för att kunna rådfråga varandra om huruvida artiklarna motsvarade studiens syfte. Kvalitetsgranskningen utfördes separat för att sedan tillsammans bedöma artiklarnas kvalitet. I analysprocessen arbetades det självständigt när meningsenheter plockades ut. Meningsenheterna diskuterades därefter tillsammans om relevansen för studiens syfte. Resterande av analysprocessen genomfördes tillsammans. Utöver detta har skrivprocessen och alla andra moment i studien genomförts tillsammans.

Referenser

- Andersson, L., Eriksson, I., & Nordgren, L. (2012). Living with heart failure without realising: A qualitative patient study. *British Journal of Community Nursing*, 17(12), 630-637.
- Allen, J. W., Arslanian-Engoren, C., & Lynch-Sauer, J. (2009). The lived experience of middle-aged women with new york heart association class III heart failure: A pilot study. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(3), 96.
- Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg, G. (2012). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 816-825.
- Burström, M., Boman, K., Strangberg, G., & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga. *Vård i Norden*, 27(3), 24-28.
- Cortis, J.D., & Williams, A. (2007). Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review*, 54(3), 263-270.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D.G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås., D. Stubberud., R. Grønseth., I. Bolinder-Palmér., & K.C. Toverud, (Red). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Ehnfors, M., & Norberg, A. (2000). The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 130-136.
- Eriksson, K. (1991) *Pausen – En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (2005). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Europe, E., & Tyni-Lenné, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 33(4), 227-234.

- Falk, H., Ekman, I., Andersson, R., Fu, M., & Granger, B. (2013). Older patients' experiences of heart failure- An integrative literature review. *Journal of Nursing Scholarships*, 45(3), 247-255.
- Falk, S., Wahn, K., & Lidell, E. (2007). Keeping the Maintenance of Daily Life in Spite of Chronic Heart Failure: A Qualitative Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(6) 192-199.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Kultur & Natur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur: Lund.
- Gott, M., Small, N., Barnes, S., Payne, S., & Seamark, D. (2008). Older people's views of a good death in heart failure: Implications for palliative care provision. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1113-1121.
- Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hopp, F.P., Thornton, N., Martin, L., & Zalenski, R. (2012). Life disruption, life continuation: Contrasting themes in the lives of african-american elders with advanced heart failure. *Social Work in Health Care*, 51(2), 149-172.
- Horowitz, C.R., Rein, S.B., & Leventhal, H. (2004). A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Social Science & Medicine*, 3(58), 631-643.
- Hunt, S.A., Abraham, W., Chin, M., Feldman, A., Francis, G., Ganiats, T., ...Riegel, B. (2005). ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation*, 112(12), 154-235.
- Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 290-295.
- Jeon, Y.H., Kraus, S., Jowsey, T., & Glasgow, N. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC health services research*, 10(1), 77.
- Kaan, A. (2005). Caring for patient with heart failure. *Nursing BC*, 1(37) 22-25.
- Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen, (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- McDonagh, T.A., Blue, L., Clark, A.L., Dahlström, U., Ekman, I., Lainscak, M., ... Jaarsma, T. (2011). European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards of delivering heart failure care. *European Journal of Heart Failure*, 13(3) 235-241.

- McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... Zeiher, A. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*, 34(2) 1787-1847.
- Mårtensson, J. (2012). Vård av patient med hjärtsvikt. I B. Fridlund., D. Malm., & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (sid 79- 108). Lund: Studentlitteratur.
- Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Living With Moderate-Severe Chronic Heart Failure as a Middle-Aged Person. *Qualitative Health Research*, 1(17) 4-13.
- Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008). Support as experienced by men living with heart failure in middle age: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1344-1354.
- Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J., HHJ. (2011). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure: A phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 3-11.
- Piamjariyakul, U., Smith, C.E., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2012). Part 1: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives. *Applied Nursing Research*, 4(25), 239-245.
- Rhodes, D.L., & Bowles, C.L. (2002). Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 441-449.
- Rikssvikt (2012). *Årsrapport Rikssvikt: 2012 års resultat*.
http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/index.php/publikationer-p/cat_view/24-publikationer/14-arsrapporter hämtad: 2013-10-04.
- Ryan, M., & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 223-231.
- Scotto, C. J. (2005). The lived experience of adherence for patients with heart failure. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25(3), 158-163.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf hämtad: 2013-05-28.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Thornhill, K., Lyons, A.C., Nouwen, A., & Lip, G.Y.H. (2008). Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 155-175.
- Waterworth, S., & Jorgensen, D. (2010). It's not just about heart failure--voices of older people in transition to dependence and death. *Health & Social Care in the Community*, 18(2), 199-207.

While, A., & Kiek, F. (2009). Chronic heart failure: promoting quality of life. *British journal of community nursing*, 2(14) 54-59.

Willhems, D.L., Hak, A., Van der Wal, G., & Visser, F. (2004). Thoughts of patients with advanced heart failure on dying. *Palliative Medicine*, 18(6), 564-572.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease- Update 2004*.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
hämtad: 2013-10-04.

Yu, D., Lee, D., Kwong, A., Thompson, D., & Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal Of Advanced Nursing*, 61(5), 474-483

Zambroski, C.H. (2003). Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart & Lung*, 1(32) 32-40.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar och urval i databasen Cinahl – Cinahl headings och fritextsökning

	Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1	(MH "Heart failure")	16842	131030	0	0
S2	"Heart failure"	21565	131030	0	0
S3	S1 OR S2	21565	131030	0	0
S4	(MH "Life Experiences")	9419	131030	0	0
S5	"Life Experiences"	10162	131030	0	0
S5	"Experience*"	154095	131030	0	0
S6	(MH "Life Change Events")	3196	131030	0	0
S7	"Life Change Events"	3200	131030	0	0
S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7	156255	131030	0	0
S9	S3 AND S8	1069	131030	0	0
S10	S9 Limiters: 2003-2013, English, peer reviewed, Human, All adult	452	131030	53	21

Sökningar och urval i databasen Pubmed – Mesh termer och fritextsökning

	Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1	"Heart Failure" [Mesh]	82769	131030	0	0
S2	"Heart Failure"	133695	131030	0	0
S3	"Heart Failure" [Mesh] OR "Heart Failure"	134329	131030	0	0
S4	"Life Change Events" [Mesh]	18528	131030	0	0
S5	"Life Change Events"	18548	131030	0	0
S6	"Experience*"	424748	131030	0	0
S7	"Life experiences"	1824	131030	0	0
S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7	441677	131030	0	0
S9	S3 AND S8	4233	131030	0	0
S10	S6 Limiters: 10 years, English, Human, 19 years +	1148	131030	49	13

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Protokollet är hämtat ur: Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (s. 156-157) Lund: Studentlitteratur.

BILAGA H

BILAGA H

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METOD

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

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

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD

Huvudfynd

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

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Allen, J.W., Arslanian-Engoren, C., & Lynch-Sauer, J 2009, USA	"The lived experience of middle-aged women with new york heart association class III heart failure: a pilot study"	Kvalitativ metod med semi-strukturerade telefonintervjuer.	4 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass III deltog i studien. Ingick bara kvinnor i studien.	Medel
Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg, G 2011, Sweden	"Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure"	Kvalitativ metod. En beskrivande studie som gjordes med semi-strukturerade intervjufrågor i fokusgrupper.	8 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass II-III deltog i studien. Studien deltog bara av kvinnor.	Hög
Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C 2007, Sweden	"Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga"	Kvalitativ studie genomfördes med hjälp av intervjuer i form av fokusgrupper.	9 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass II-III deltog i studien. Ingick bara män i studien.	Hög
Europé, E., & Tyni-Lenné, R 2004, Sweden	"Qualitative analysis of the male experience of heart failure"	Kvalitativ metod som gjordes med öppna intervjufrågor. Intervjuerna varade mellan 30 till 45 min.	20 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass II-III deltog i studien. Ingick bara män i studien.	Hög
Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B 2007, Sweden	"The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure"	Kvalitativ metod som gjordes med narrativa intervjuer. Designen var beskrivande och explorativ.	10 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass III-IV deltog i studien. Det ingick bara kvinnor i studien.	Hög
Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I 2007, Sweden	"Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person"	Kvalitativ studie som gjordes med fenomenologisk design. Gjordes med intervjufrågor	7 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass III-IV deltog i studien.	Hög

Bilaga 3

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Pihl, E., Fridlund., & Mårtensson, J 2010, Sweden	"Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure: a phenomenographic analysis	Explorativ och kvalitativ metod som gjordes med en fenomenografisk design. Semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor genomfördes	15 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass II-IV deltog i studien.	Hög
Ryan, M., & Farrelly, M 2009, Ireland	"Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure"	Kvalitativ studie som är gjord med fenomenologisk design. Intervjufrågorna var öppna och ostrukturerade.	9 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass III-IV deltog i studien.	Hög
Waterworth, S., & Jorgensen, D 2010, New Zealand	"It's not just about heart failure- voices of people in transition to dependence and death"	Kvalitativ studie som gjordes med semi-strukturerade intervjuer. Genomsnittlig tid på intervjuerna var 55 min.	17 personer med hjärtsvikt utav NYHA klass II-IV deltog i studien	Hög

Bilaga 4 Exempel på analysförfarande enligt Graneheim och Lundman

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Some men also felt increased irritation, which was expressed toward the people around them. Irritation was often connected with the physical inability...”don’t have the same strength any more, and that irritates me.”	Some felt irritation through the decreased physical capacity and not having the same strength as before	Irritation över försämrad kapacitet	Fysiska begränsningar och hinder	En förändrad vardag
”I must sit down a lot that’s what I must do”...”...and since the heart failure I get days when I just can’t lift my arms- and I’d say ’oh I’m having one of those days B’-I’d be just sitting like that..”	The heart failure gives me days that makes me sit down and not lifting my arms	Brist på energi	Trötthet	
One patient described his life as empty...”I can’t have any social life.”...”When I feel bad I can’t stand either myself or my wife, or any other people. Then I become a loner, I want to be by myself.”	Descriptions about emptiness, not having any social life because of the illness they have.	Upplevelse av ensamhet	Social isolering	

Bilaga 4 Exempel på analysförfarande enligt Graneheim och Lundman

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
“In the interval then I’d be fine but I am all the time worried- worried when this breathing will attack me again”.	I’m always worried when the next breathing attack will hit me	Alltid orolig	Rädsla och oro	Livet känns främmande och osäkert
There is no future. That is gone. I had some good years, I struggled through war and everything, raised the family. That end, come on you can’t run away the end is coming and it’s coming very fast.	The future is gone, I had some good years. The end is coming and you cannot run away from it	Slutet kommer	Att vara eller inte vara redo för döden	
“I’m not getting any better you know””...and you think to yourself- I’m never going to get better”	You think you never going to get better	Aldrig bli bättre	Hopplöshet i livet	

Bilaga 4 Exempel på analysförfarande enligt Graneheim och Lundman

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
And if I was extremely bad I think I would arrange to have a good send off. I think I would croak it...die...before I was dependent on health professionals for every little thing.	If I was extremely bad I would arrange a good send off. Instead of being dependent on others for every little thing	Rädsla för osjälvständighet		Beroende och oberoende
They were able to perform the activities they wanted and had to do at a satisfactory level. Trying to perform physical activities that they had previously been able to do and discovering that certain functions had been maintained led to satisfaction	To know that some functions could be maintained and being able to perform previously physical activities were a satisfaction	Behålla tidigare förmågor		

Bilaga 4 Exempel på analysförfarande enligt Graneheim och Lundman

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Att leva tillsammans med någon ger en känsla av trygghet. Den man lever tillsammans med hjälper och stöder i svåra situationer. Dessutom beskrivs att en öppen kommunikation med familjen är viktigt för tryggheten	Leva tillsammans med någon ger trygghet. Uppleva stöd i svåra situationer	Stöd upplevs tryggt	Trygghet	Livet har en mening
Att intala sig själv om att sjukdomen kommer att gå över och att man mår bra är ett annat sätt att tro på livet och framtiden	Tro på livet och framtiden genom att intala sig själv att man mår bra trots sjukdom	Tro på framtid och liv	Hopp i livet	
The men had plans about changing, or had already changed, their lifestyle. The changes concerned diet, smoking, alcohol, the amount of physical activity, and stress. "I'm doing what I think I should do: move around a lot, eat proper food, get enough sleep, and avoid drinking liquor.	Thinking about plans of changing their lifestyle. Changes about diet, smoking alcohol, stress and activity level.	Förändra sin livsstil.	Acceptans och anpassning till ett förändrat liv	