



HJÄRTATS KÄNSLOR

- om känslor vid hjärtsvikt

En litteraturstudie

Examensarbete i: Vårdvetenskap

Högskolepoäng: 15

Program/utbildning: Sjuksköterskeprogrammet

Kurskod: OVA 018

Datum: 090529

Författare: Camilla Ekström, Ola Larsson

Handledare: Lena Marmstål, Eva Norin

Examinator: Eva Götell

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärtsvikt har dålig prognos och drabbar ett stort antal människor i Sverige. De som drabbas upplever många problematiska symtom och medicineringen har många biverkningar som kan vara svåra att leva med. Obehagliga känslor kan förvärra symtom hos personer med hjärtsvikt. Sjuksköteskan bör kunna identifiera känslor och förstå varför dessa uppstår hos personer med hjärtsvikt för att bättre kunna vårda dessa. **Syfte:** Syftet är att beskriva hur personer som lever med hjärtsvikt beskriver sina känslor. **Metod:** Elva vårdvetenskapliga artiklar analyserades med inspiration från Evans metod för systematiska litteraturstudier. Nyckelfynd sammanfördes och bildade två huvudteman och nio subteman. **Resultat:** Resultatet indikerade att de finns många känslor associerade med hjärtsvikt. De delades in i positiva och negativa känslor. Känslor som riktar sig utåt, känslor som framkallas av hot, känslor av skuld, känslor av saknad, känslor inför det okända, känslor kring beroende, känslor kring uppskattning av livet, känslor kring säkerhet och positiva känslor om framtiden framkom som subteman. **Slutsats:** Denna uppsats berikar bilden av känslorna hos personer med hjärtsvikt. Sjuksköterskor bör använda denna kunskap för att på ett bättre sätt främja hälsa. Det framkom slutligen att det behövs mer forskning kring genus och känslor.

Nyckelord: Hjärtsvikt, kvalitativ litteraturstudie, känslor, negativa, positiva

ABSTRACT

Background: A major number of people in Sweden suffer from heart failure and often succumb to the poor prognosis associated with the disease. Experiences among the affected include the various negative symptoms that heart failure generates as well as side effects from medical treatment. Such side effects may be difficult to deal with. Unpleasant emotions can worsen symptoms in people that have heart failure. Nurses should be able to identify these emotions and understand why they emerge in people that have heart failure as a means to better care for them. **Aim:** The aim is to describe how people living with heart failure describe their emotions. **Method:** Eleven scientific nursing articles were analyzed using Evans systematic method for reviewing literature as inspiration. Key findings were brought together and formed two major themes and nine sub-themes. **Result:** The result indicated numerous emotions associated with heart failure. They were divided into positive and negative emotions. Emotions that are extrovert, emotions caused by threat, emotions of guilt, emotions of loss, emotions facing the unknown, emotions encompassing dependency, emotions encompassing appreciation of life, emotions encompassing security and positive emotions concerning ones future appeared as sub-themes. **Conclusion:** This body of work provides a better picture of the emotional outcomes associated with heart failure. Nurses should use this knowledge to better promote health. Finally it emerged that more research concerning gender and emotion are needed.

Keywords: Emotions, heart failure, negative, positive, qualitative literature review

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 DEFINITIONER OCH BEGREPP	1
2.1.1 Definition av hjärtsvikt	1
2.1.2 Definition av känslor	2
2.2 TEORETISK REFERENSRAM.....	2
2.2.1 Miljö	2
2.2.2 Människa	3
2.2.3 Hälsa.....	3
2.2.4 Vård	3
2.3 TIDIGARE FORSKNING	4
2.3.1 Vård vid hjärtsvikt	4
2.3.2 Behandling.....	4
2.3.3 Upplevelser kring hjärtsvikt	5
3 PROBLEMFÖRMULERING.....	6
4 SYFTE	6
5 METOD	6
5.1 VAL AV METOD	6
5.2 ANALYS	6
5.2.1 Datainsamling	6
5.2.2 Identifiering av nyckelfynd	7
5.2.3 Relationer mellan teman	7
5.2.4 Beskrivning av fenomenet.....	8
5.3 ETISKA ÖVERVÄGNADEN	9
6 RESULTAT	9
6.1 NEGATIVA KÄNSLOR VID HJÄRTSVIKT	9
6.1.1 Utåtriktade känslor	9
6.1.2 Känslor framkallade av hot.....	10
6.1.3 Känslor av skuld.....	11
6.1.4 Känslor av saknad.....	11
6.1.5 Känslor inför det okända	12
6.1.6 Känslor kring beroende	13
6.2 POSITIVA KÄNSLOR VID HJÄRTSVIKT	15
6.2.1 Känslor kring uppskattning av livet.....	15

6.2.2 Känslor kring säkerhet.....	16
6.2.3 Positiva känslor om framtiden	17
7 DISKUSSION.....	17
7.1 METODDISKUSSION	17
7.2 RESULTATDISKUSSION.....	19
7.2.1 Negativa känslor vid hjärtsvikt.....	19
7.2.2 Positiva känslor vid hjärtsvikt.....	20
7.2.3 Skillnader mellan män och kvinnor	21
7.2.4 Förslag till vidare forskning	22
7.3 ETIKDISKUSSION	23
8 SLUTSATSER	23
REFERENSLISTA	
BILAGA 1	
BILAGA 2	
BILAGA 3	

1 INLEDNING

Allmänsjuksköterskan bör ha en bred bas av olika sorters kunskap i sin profession. Det finns många arbetsplatser med varierande arbetsuppgifter beroende på vilka slags diagnoser eller problem som är i fokus. Hjärtsvikt är något som sjuksköterskan under sin yrkesverksamma tid troligtvis kommer att komma i kontakt med då ett stort antal personer i Sverige drabbas av hjärtsvikt.

Det som ledde fram till våra funderingar kring hjärtsvikt var kommentarer från sjuksköterskor under en praktikplacering. Uppfattningar som framkom var att patienter med hjärtsvikt kunde bli känslolösa på olika sätt efter en episod av sjukdom relaterad till hjärtsvikt. I vissa situationer upplevdes det att när känslor hos patienten yttrade sig och tog upp den stressade sjuksköterskans tid så förändrades synsättet. Enligt vår tolkning upplevde ibland sjuksköterskan personen som krävande och påfrestande.

Det skulle vara intressant att ta reda på vilka känslor människor med hjärtsvikt kan uppleva. Vi tror att detta skulle göra oss och andra bättre rustade i mötet med denna patientgrupp.

2 BAKGRUND

Hjärtsvikt orsakar lidande för de drabbade och genererar stora kostnader för samhället (Socialstyrelsen, 2008). Mellan 150 000 och 250 000 människor i Sverige har besvär med hjärtsvikt i olika grad (Ericson & Ericson, 2008) och det är den enskilt största dödsorsaken (Socialstyrelsen, 2008). Enligt Pellmer och Wramner (2007) är hjärtsvikt en folkhälsosjukdom. Sjukdomens frekvens är sammankopplad med ålder, det vill säga att med ökad ålder desto större är sannolikheten att drabbas (Heo, Moser, Lennie, Zambroski & Chung, 2007). Patienter med hjärtsvikt har oftare och värre smärta som påverkar det dagliga livet när en generell jämförelse görs med den övriga befolkningen (Rustøen, Stubhaug, Eidsmo, Westheim & Paul, 2008). Upplevelsen av fysisk, känslomässig och social turbulens är några konsekvenser av att leva med hjärtsvikt (Zambroski, 2003). Många med hjärtsvikt har känslomässiga symtom som skapar begränsningar i det dagliga livet (Lainscak & Keber, 2003; Jiang et al., 2001).

2.1 DEFINITIONER OCH BEGREPP

Nedan kommer definitioner och begrepp som har betydelse för arbetet att redogöras för.

2.1.1 Definition av hjärtsvikt

Hjärtsvikt kan vara svårt att definiera men orsakas alltid av en underliggande hjärtsjukdom och förekommer inte allt för sällan i kombination med andra kroniska sjukdomar. Någon allmänt accepterad definition finns inte. Ofta när det talas allmänt om hjärtsvikt anses det inte vara en sjukdom, det är ett tillstånd. Moderna definitioner framhåller dock att det är ett kliniskt syndrom förorsakat av en medicinsk avvikelse i hjärtat. Gemensamt gäller att hjärtat inte klarar av att försörja kroppen med tillräckliga mängder blod (Dahlström, 2005).

Symtombilden vid hjärtsvikt består av låg energinivå, muntorrhet, andnöd, utmattning, stickningar i händer och fötter, problem med att sova, hosta, anorexi och smärta (Binderman, Homel, Billings, Portenoy & Tennstedt, 2008). Andnöden, som förekommer i varierande grad, resulterar i en påtvingad inaktiv livsstil som kan orsaka ventromboser, obstipation och trycksår (Ericson & Ericson, 2008).

New York Heart Associations [NYHA] funktionsklassificering av hjärtsvikt är den mest använda idag. Den delar in hjärtsvikt i fyra grader. NYHA I är nedsatt hjärtfunktion utan symtom, NYHA II är lätt hjärtsvikt med andfåddhet och utmattning endast efter fysisk ansträngning av mer måttlig grad, NYHA III är medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och utmattning vid lätt till måttlig fysisk aktivitet, NYHA IV är svår hjärtsvikt med andfåddhet och utmattning redan i vila. I denna funktionsklassificering förstärks symtomen vid minsta ansträngning (Dahlström, 2005).

2.1.2 Definition av känslor

Nationalencyklopedin (2009) definierar känslor som ett ”tillstånd som rädsla, vrede, glädje eller sorg. Utmärkande för emotioner är att de har ett objekt, t.ex. något man är rädd för. Detta förutsätter en mer eller mindre utförlig kognitiv tolkning av situationen, som t.ex. fastställer att ett hot föreligger.” Författarna till denna uppsats definierar i analysen känslor som det personer med hjärtsvikt uttalar att de känner.

2.2 TEORETISK REFERENSRAM

Omvårdnadsteoretikern Betty Neuman använder sig av en interdisciplinär modell som består av öppna system i sin omvårdnadsteori, The Neuman systems model. Centralt är det vårdvetenskapliga konsensusbegreppet miljö. Människan ses som ett öppet system i förhållande till miljön som upprätthåller stabilitet och integritet genom försvarscirklar som skyddar mot stressorer. Neuman framhåller att sjuksköterskan bör se människan som holistisk och att de fysiologiska, psykologiska, sociokulturella, utvecklingsbetingade och spirituella systemvariablerna är alla lika viktiga i begreppet (Meleis, 2007).

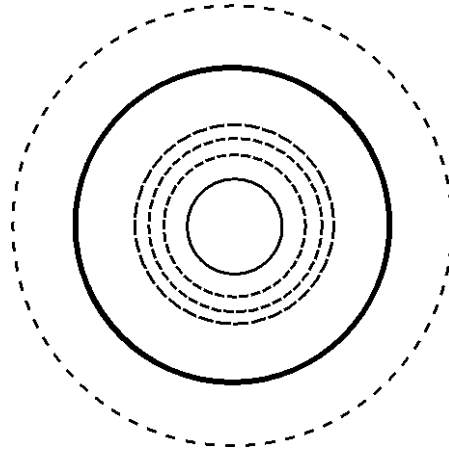
2.2.1 Miljö

Miljön består av yttre och inre faktorer (stressorer) som människan påverkas av. Yttre faktorer kan vara interpersonella, det vill säga mellan en eller flera människor och extrapersonella vilka sker i ett större sammanhang, som till exempel sänkt pension, platsbrist på äldreboende och finanskriser. Inre faktorer är intrapersonella, det som sker inne i människan, såsom infektioner, sjukdomar och känslor (Neuman, 2002).

I miljöbegreppet finns också något som heter skapad miljö. Det är skyddsbarriärer, individens omedvetna sätt att främja hälsa. Den skapade miljön involverar både yttre och inre miljö. Det är detta som skapar holism i systemet. ”The created environment is dynamic and represents the client’s unconscious mobilization of all systemsvariables” (s. 31). Den skapade miljön påverkar hur människan hanterar stressorer positivt eller negativt (Neuman, 2002).

2.2.2 Människa

Människan lever i en miljö och ett samhälle som är i konstant förändring. Hon är unik och holistisk bestående av själ, ande och kropp. Individens kan ses som ett system med en kärna och en normal försvarslinje. Mellan kärnan och den normala försvarslinjen finns inre försvarslinjer. Hela systemet omgärdas av en flexibel försvarsbuffert, se figur 1. Systemet består av fem systemvariabler. Dessa variabler är de fysiologiska, psykologiska, sociokulturella, utvecklingsbetingade och spirituella (Neuman, 2002).



Figur 1. Den yttersta streckade linjen är den flexibla försvarsbufferten. Linjen som kommer efter är den normala försvarslinjen. De tre streckade linjerna är de inre försvarslinjerna som omgärdar kärnan. Från ”The Neuman system model” av B. Neuman, 2002, *The Neuman systems model* (4th ed.), s. 15.

2.2.3 Hälsa

Hälsa innebär stabilitet i systemet och dess variabler. Miljön är i konstant förändring och påverkar också hälsan positivt eller negativt. Detta gör hälsa till något flexibelt. Mellan miljön och systemet flödar energi kontinuerligt och hur energin används beror på hur miljöstressorer påverkar stabiliteten i systemet. Hälsa är när mer energi framställs än vad som går åt. Vid motsatta förhållanden då mer energi går åt för att upprätthålla systemet leder det mot ohälsa och eventuell död (Neuman, 2002).

2.2.4 Vård

Vårdandet går ut på att få stabilitet i systemet genom att identifiera stressorer och dess påverkan på individen. Omvårdnad ges för att hjälpa individen återfå, uppnå eller bevara den för tillfället optimala hälsan. Det är viktigt att identifiera energiutbyte mellan olika miljöer och hur det påverkar individen. Den isolerande effekten av skapad miljö påverkar hur människan reagerar på stressorer. Sjuksköterskan behöver veta vilka systemvariabler som finns i den skapade miljön för att vara medveten om att hon kan påverka hälsan så att lämpliga interventioner kan göras (Neuman, 2002).

2.3 TIDIGARE FORSKNING

Nedan redogörs för tidigare forskning som har betydelse för uppsatsen.

2.3.1 Vård vid hjärtsvikt

Utmattning är ett symtom som påverkar patienter med hjärtsvikts förmåga att sköta sina dagliga funktioner. För att kunna hjälpa dessa patienter bör sjuksköterskan inte bara fokusera på utmattningen utan också andra faktorer som kan påverka hur de klarar av de dagliga funktionerna. Det kan vara faktorer som personliga, miljömässiga eller sociala (Falk, Swedberg, Gaston-Johansson & Ekman, 2007). Intentionen inom sjuksköterskeprofessionen och hälso- och sjukvården är att ge holistisk vård som inte enbart fokuserar på de fysiska behoven utan ser till hela människan som även har känslomässiga och sociala behov (Fulton, 2008).

I verkligheten är det stora skillnader kring hur sjuksköterskor hanterar patienters känslomässiga behov. Exempel finns på avdelningar där sjuksköterskor, för att skydda sig själva, skjuter ansvaret till läkare trots att de inte har tilltro till deras kompetens (Fulton, 2008). Wilkinson (1992) framhåller att i många vårdinstanser så kanske sjuksköterskan använder sig av strategier för att undvika känslor som personer med cancer visar, vilken också är en kronisk sjukdom. Jones (1999) visar att sjuksköterskor ofta projicerar känslor som patienter uttrycker på fysiska symtom då det är lättare att angripa ett fysiskt symtom än att bekräfta och ta tag i en patients emotionella behov. Skotzko (2009) visar på att obehagliga emotioner kan förvärra upplevelsen av symtom vid hjärtsvikt utan att det går att se någon kroppslig försämring. Det är därför viktigt att identifiera känslor hos patienter med hjärtsvikt för att hjälpa dem hantera sina symtom och behandlingar (ibid.). Risken att återkomma inom ett år efter hemgång med något kardiovaskulärt tillstånd ökar markant hos kvinnor med hjärtsvikt inom slutenvården när emotionellt stöd inte ges (Krumholz et al., 1998). Von Essen och Sjödén (2003) framhåller att även om både patienter och sjuksköterskor värderar emotionella komponenter i vården högt värderar patienten ändå den tekniska kunskapen hos sjuksköterskor högre.

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) skall sjuksköterskan ha förmåga till att tillgodose de basala och specifika behoven vid omvårdnad. Dessa innefattar de psykiska, andliga, sociala, kulturella och fysiska. Sjuksköterskan skall ha förmåga att möta patienten i dennes sjukdomsupplevelse och lindra genom lämpliga åtgärder samt utveckla estetiken i vården så att en vårdande miljö främjas.

2.3.2 Behandling

Medicinsk behandling av hjärtsvikt går ut på att på olika sätt avlasta det försvagade hjärtat genom exempelvis diuretika och ACE-hämmare. Vid en svårare hjärtsvikt kan pacemakerbehandling behövas. En sista utväg för den drabbade är hjärttransplantation (Ericson & Ericson, 2008). De vanligaste biverkningarna är illamående, yrsel, klåda och utslag vid läkemedelsbaserad behandling (de Smedt, Denig, Haaijer-Ruskamp & Jaarsma, 2009). Andra biverkningar är muntorrhet, utmattning och impotens (Rodriguez, Appelt,

Switzer, Sonel & Arnold, 2008). ACE-hämmare kan orsaka irriterande hosta (Ericson & Ericson, 2008).

Vid hjärtsvikt är ödem vanligt och i samband med detta en viktökning. Vid svåra fall där diuretika inte ger önskad viktnedgång kan vätskeintaget för patienten behöva begränsas. Biverkningar av diuretika kan vara törst. Detta leder till en minskad livskvalitet och lidande då patienten inte får dricka hur mycket de vill (Ericson & Ericson, 2008).

2.3.3 Upplevelser kring hjärtsvikt

Det är känslomässigt påfrestande att leva med hjärtsvikt (Ryan & Farrelly, in press). I jämförelse med andra sjukdomar har personer med hjärtsvikt bland de mest negativa uppfattningarna om hur deras hälsa är, den sämsta kroppsliga funktionen och den sämsta prognosen att klara sig normalt i samhället (Stewart et al., 1989). Zambroski (2003) framhåller att konsekvenser med att leva med hjärtsvikt skapar fysisk, emotionell och social turbulens. Äldre människor med hjärtsvikt upplever sin fysiska, psykiska och emotionella hälsa sämre än andra (Heo et al., 2007). Hägglund, Boman, Olofsson och Brulin (2007) noterade en trend av att personer med hjärtsvikt har en sämre psykisk hälsorelaterad livskvalitet än andra personer som inte är drabbade av hjärtsvikt. Zambroski (2003) påtalar till exempel att förmågan över att hålla sig aktiv och förmågan att göra glädjefulla saker blev negativt påverkade (ibid.). Personer med hjärtsvikt har oftare ett mer ostabilt känsloläge än personer med andra hjärtsjukdomar. Detta för att personer med hjärtsvikt har mer besvärliga symtom och inte kan göra vissa aktiviteter jämfört med andra hjärtsjuka (Hawthorne & Hixon, 1994). Hjärtsvikt försämrar funktionsförmågan och livskvaliteten. Utmattningen hindrar den drabbades möjlighet att delta i rekreationsaktiviteter och i andra sociala sammanhang (Rodriguez et al., 2008). Personen orkar mindre och har sämre koncentrationsförmåga. Detta i kombination påverkar det dagliga livet negativt (Falk et al., 2007). Emotionella faktorer kan påverka intaget av föda (Lennie, Moser, Heo, Chung & Zambroski, 2006). Måltidssituationer och födointag varierar mellan olika individer samt med svårighetsgraden av sjukdomen (Jacobsson, Pihl, Mårtensson & Fridlund, 2004).

Anhöriga upplever känslor av osäkerhet hos deras närstående med hjärtsvikt (Brännström, Ekman, Boman & Strandberg, 2007a). Sjuksköterskor upplever att patienten känner rädsla och oro och att det hjälper dem att få prata om det med en sjuksköterska (Brännström, Brulin, Norberg, Boman & Strandberg, 2005). I Mahoney (2001) upplever en fru vars man har hjärtsvikt acceptans hos honom i och med att han tog sina mediciner och gjorde det som vården rekommenderade honom till samt att han såg framåt.

3 PROBLEMFORMULERING

Hjärtsvikt är ett syndrom med dålig prognos som drabbar många människor, framför allt äldre. Patienter upplever många fysiska och psykiska symtom som kan vara svåra att leva med till exempel andnöd, utmattning, sömproblem, hosta och smärta i varierande grad.

Behandlingen av hjärtsvikt sker medicinskt och kan i sin tur ge besvärliga biverkningar.

Intentionen inom sjuksköterskeprofessionen och hälso- och sjukvården är att inte enbart fokusera på de fysiska behoven utan även känslomässiga och sociala. Forskning visar att fallet inte alltid är så i praktiken där en del sjuksköterskor undviker känslor genom att bland annat koppla känslöytringar till fysiska symtom. De upplever det lättare att hantera de fysiska symtomen än att bekräfta patientens känslor. Kanske skulle mer kunskap om de känslor som uppstår göra dem mer hanterbara. Det har visat sig att obehagliga känslor kan förvärra symtom vid hjärtsvikt utan att det går att koppla dessa till kroppsliga försämringar. Därför bör sjuksköterskan kunna identifiera känslor. Hjärtsvikt kan skapa emotionell, social och fysisk turbulens och upplevs värre än för andra sjukdomar. Anhöriga och sjuksköterskor upplever känslor av osäkerhet, rädsla, oro och acceptans hos personer med hjärtsvikt.

4 SYFTE

Syftet är att beskriva hur personer som lever med hjärtsvikt beskriver sina känslor.

5 METOD

Nedan kommer val av metod, analysförfarande och etiska överväganden redogöras för.

5.1 VAL AV METOD

Analysmetoden, inspirerad av Evans (2002), genomförs som en systematisk litteraturstudie (ibid.). Inklusionen av tolkande forskning i litteraturstudier är av vikt för den evidensbaserade vården (Evans, 2002; Polit & Beck, 2008). Evans (2002) beskriver de grundläggande stegen; datainsamling, identifiering av nyckelfynd, relationer mellan teman och avslutningsvis beskrivning av fenomenet.

5.2 ANALYS

Nedan följer en beskrivning av Evans (2002) olika delar inom de grundläggande stegen samt hur författarna till detta examensarbete tillämpat dessa.

5.2.1 Datainsamling

Först bestäms vilken sorts studier som skall inkluderas i litteraturstudien och dokumenteras som inklusionskriterier. Sedan söks information i databaser eller annan typ av media för att hitta relevanta studier. Till sist används inklusionskriterierna för att identifiera och välja ut de artiklar som passar till studien (Evans, 2002).

Inklusionskriterier inför sökning av artiklar sattes upp. Arbetet syftar till att undersöka upplevelser av känslor kring hjärtsvikt. För att få en så korrekt bild av fenomenet som möjligt

ville författarna att män och kvinnor skulle vara jämt fördelat i studierna då det vårdvetenskapliga konsensusbegreppet människa innefattar både man och kvinna. Det var således av vikt att artiklarna tydligt kunde visa om det var kvinnor eller män som beskrev sina känslor och att dessa känslor var relaterade till hjärtsvikt. De artiklar som inte kunde visa detta samband exkluderades. Sökningen gjordes på artiklar som var publicerade åren 2004 till 2009 (det datum sökningen gjordes, se bilaga 1). Senare breddades sökningen till att även gälla mellan åren 2000 och 2004 då materialet som funnits ditintills ansågs otillräckligt. Samtliga artiklar skulle ha en kvalitativ design och genomgått en peer review. Då författarna anser sig kunna engelska, svenska, norska och danska väl valdes således enbart artiklar på dessa språk ut.

Sökning i databaserna Cinahl och PubMed/Medline samt i LIBRIS och Elin@Mälardalens sökmotorer genomfördes sedan. De sökord som användes var avhandling, descriptive, differenc*, emotion*, experience, heart failure, hermeneutic*, hjärtsvikt, gender, nursing, phenomenologic*, psychosocial, qualitative och sex. Se bilaga 1 för redovisning av utfall och kombination av sökord. I de artiklar som ingick i analysen fanns sammanlagt 77 män och 49 kvinnor.

5.2.2 Identifiering av nyckelfynd

Läsning av allt material som hittats i datainsamlingen upprepas flera gånger. På så sätt får läsaren en uppfattning av helheten av innehållet i studierna. Sedan tas nyckelfynd ut som skrivs ihop i samma dokument. Detta visar då de viktigaste fynden i artiklarna relaterat till syftet (Evans, 2002).

Artiklarna kodades och uppsatsskrivarna läste artiklarna flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Sedan identifierades nyckelfynd separat av författarna för att senare jämföras och diskuteras gemensamt. De nyckelfynd som identifierades tilldelades siffror i kronologisk ordning i kombination med artikelns bokstavskod samt en färg (röd för kvinnor, grön för män och svart för de nyckelfynd som uttrycktes av både män och kvinnor). För att inte tappa betydelsen i de engelska nyckelfynden valde författarna att i detta skede att inte översätta dessa till svenska. Slutligen samlades nyckelfynden i ett gemensamt dokument förutom de från den svenskspråkiga artikeln. Detta för att underlätta vid nästa steg av analysen. Cirka 400 nyckelfynd återfanns i de 12 artiklarna.

5.2.3 Relationer mellan teman

Dokumentet som innehåller alla nyckelfynd analyseras för att hitta gemensamma teman. De skillnader som visar sig jämförs och kontrasteras så att liknande teman kan identifieras. Nyckelfynden grupperas sedan och kategoriseras. De band mellan studierna som hittats söks igenom för att hitta nyckelmeningar och förklarande teman. Efter detta skapas sub-teman från grupperingen och kategoriseringen. Till sist undersöks analysen genom att huvudteman och subteman granskas, dels för att kunna tolka innehållet i varje enskilt tema, dels för att se så att de överensstämmer helhetsmässigt och att det inte finns några motsägelsefullheter (Evans, 2002).

De engelska artiklarna analyserades genom att med sökfunktionen i Word 2007 leta känslor som återkom i flera nyckelfynd. Ord som till exempel frustration, fear, uncertain och hope användes i olika böjningsformer för att få ut maximalt antal träffar. Detta resulterade i en initial gruppering av nyckelfynden. Nyckelfynd ur den svenska artikeln och andra engelska nyckelfynd som inte kunde grupperas med denna metod placerades efteråt in i passande grupp. Under denna process genererades nya kategorier. Efter denna grova sortering lästes grupperna igenom för att se så att nyckelfynden hamnat i rätt grupp. Relationer som upptäckts under genomläsning av grupperna gjorde så att två teman kunde skapas samt ett antal subteman. Giltigheten i de olika temana kontrollerades mot originalartiklarna.

5.2.4 Beskrivning av fenomenet

Beskrivningen av fenomenet görs och syntesen uttrycks. Varje tema skrivs upp och skall relateras till den enskilda studien för att se att beskrivningen verkligen är korrekt. Fynden som gjorts vid syntesen skrivs upp och skall beskriva alla teman och sub-teman samt skall stödjas med exempel från originalstudien (Evans, 2002).

Subteman beskrevs genom att varje nyckelfynd kontrollerades mot originalartikeln för att säkra att rätt innebörd hade förståtts. De olika subtemana som lade grunden till huvudtemana beskrevs med referenser från originalartiklarna och förstärktes med citat. Under denna process kopplades vissa subteman ihop med varandra då en nära koppling upptäcktes. Se tabell 1 för exempel på analysförfarande.

Tabell 1. Exempel på analysförfarande.

Kod	Nyckelfynd	Kategori	Subtema	Tema
A1	Männen berättade om sin frustration över att inte kunna delta i jobb och sociala situationer som tidigare.	Frustration	Utåtriktade känslor	Negativa känslor vid hjärtsvikt
H91	När kvinnorna inte tas på allvar eller inte blir respekterade känner de frustration.			
K18	Kvinnorna blir frustrerade över tiden det tar att utföra uppgifter.			
E13	En del män kände ökad irritation som riktades mot omgivningen.	Irritation		
H40	Om kvinnans partner tog över hushållssysslor och inte gjorde det på samma sätt som kvinnan skulle ha gjort kunde känslor av irritation uppstå.			
H44	När familjemedlemmar som tar över eller försöker få kvinnan att inte göra vissa uppgifter uppstod irritation.			
F19	Både män och kvinnor berättade om en stark känsla av ilska riktad mot sjukdomen.	Ilska		
H84	När sjukvårdspersonal verkar oengagerade eller ointresserade väckte det känslor av ilska hos kvinnorna.			
J17	Kvinnorna var arga över att de inte kunde göra det de ville göra.			

5.3 ETISKA ÖVERVÄGNADEN

Vid en systematisk litteraturstudie är det viktigt att redovisning och urval presenteras ur ett etiskt perspektiv. Det vill säga att studierna som väljs skall vara godkända av en etisk kommitté och att etiska noggranna överväganden gjorts i allt material, alla artiklar som ingått i studien skall redovisas och arkiveras samt att författarna till litteraturstudien framhäver alla resultat. Med det menas att även artiklar som inte stödjer hypotesen i arbetet skall framhållas (Forsberg & Wengström, 2008). Författarna till detta examensarbete har efter bästa förmåga rättat sig efter dessa etiska överväganden.

6 RESULTAT

Artiklarna är uppdelade så att män och kvinnor kan särskiljas. Upptäckten gjordes att män och kvinnors beskrivningar av känslor skiljer sig åt på vissa punkter. Därför presenteras resultatet utifrån denna upptäckt. Analysen resulterade i två huvudteman, negativa känslor vid hjärtsvikt och positiva känslor vid hjärtsvikt samt nio subteman och kategorier (se bilaga 3).

6.1 NEGATIVA KÄNSLOR VID HJÄRTSVIKT

I huvudtemat negativa känslor vid hjärtsvikt framkom subteman med rubrikerna utåtriktade känslor, känslor framkallade av hot, känslor framkallade av skuld, känslor av saknad, känslor inför det okända och känslor kring beroende.

6.1.1 Utåtriktade känslor

I subtemat utåtriktade känslor framkom uttryck av frustration, irritation samt ilska.

Män känner frustration över att förlora förmågan att kunna delta i arbete och i sociala sammanhang. Frustrationen är kopplad till den påverkade fysiska förmågan (Bosworth et al., 2004; Costello & Boblin, 2004). En man uttrycker sin irritation genom att säga "I don't have the same strength anymore, and that irritates me" (s. 230) (Europe & Tyni-Lenné, 2004). När männen inte klarar av kraven från sitt yrke känner de frustration (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Flera män uttrycker frustration över att inte få ärliga och raka svar av sjukvården (Nordgren, Asp & Fagerberg, 2008b) och en annan man tycker det är frustrerande när planerade behandlingar inte genomförs (Sedala & Stolf, 2008). Män känner irritation över omgivningens reaktioner på sjukdomen (Europe & Tyni-Lenné, 2004).

Kvinnor upplever frustration över att det tar längre tid att utföra uppgifter (Rhodes & Bowles, 2002). I Paton, Backlund, Barnes och Thrisk (2007, s. 13) beskriver en kvinna sin frustration över fysiska tillkortakommanden som att hon "always walked and then i couldn't walk and that just drove me nuts". Nordgren, Asp och Fagerberg (2008a) framhåller att kvinnor upplever frustration över att få minskat oberoende. En kvinna uttrycker at hon "was really angry because I couldn't do what I wanted to do" (s. 12) (Paton et al., 2007). Kvinnor känner irritation över att behöva tvingas lämna över hushållssysslor till deras partner som då inte utför uppgiften tillfredställande. När familjemedlemmar tar över eller försöker få kvinnorna att avstå från vissa aktiviteter upplevs detta som irriterande. I mötet med representanter från samhällets hjälpinstanser kan orealistiska krav ställas vilket kan orsaka ilska. När

sjukvårdspersonal är oengagerad eller ointresserad, använder sin makt på fel sätt eller inte respekterar den hjärtsviktsjukes kvinnans autonomi uppstår ilska (Nordgren et al., 2008a) som enligt Rhodes och Bowles (2002) kvinnor upplever är svår att kontrollera.

Evangelista, Kagawa-Singer och Dracup (2001) visar på att både män och kvinnor uttrycker frustration över att förlora sin självständighet till följd av hjärtsvikten. Både män och kvinnor känner ilska över sjukdomen och den fysiska inskränkningen som den orsakar.

6.1.2 Känslor framkallade av hot

I subtemat känslor framkallade av hot framkom uttryck av rädsla, plåga, vånda, tillitsbrist samt ångest.

Enligt Bosworth et al. (2004) är rädsla hos män kopplad till deras fysiska och sociala begränsningar. Europe och Tyni-Lenné (2004) framhåller att rädsla som uttrycks av män i det tidiga skedet av hjärtsvikt orsakas av fysiska symtom och av rädsla för att inte kunna fortsätta med sitt yrke (ibid.). Hos män kan insikten om hur skört livet är och att hälsan inte är något som kan tas för givet vara skrämmande (Nordgren et al., 2008b). Erfarenheter av att ha sett anhöriga med hjärtsvikt lida skapar rädsla hos män (Burstrom, Boman, Strandberg & Brulin, 2007). Män känner rädsla kring huruvida vården kommer räcka till i framtiden (Costello & Boblin, 2004). De män som befinner sig i vårdsammanhang känner rädsla och ångest när de inte får svar på sina frågor eller när de inte får hela sanningen. När kroppsspråket hos sjukvårdspersonal inte överensstämmer med det som sägs och när för mycket omtanke visas inför en behandling, vilket kan tolkas som att behandlingen kommer att göra ont, känner män rädsla. Förändringar i livet på grund av sjukdomen är plågsamma. Dessa förändringar ställer krav på männen att se på sig själva och sin situation på ett nytt sätt (Nordgren et al., 2008b). Män känner vånda över hjärtsvikten och en man berättar om känslan av vånda över hur hans död skulle påverka hans son (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Män känner tillitsbrist av att själv behöva ta kontakt med vården och att vårdas av personer utan specialistkompetens. När de känner sig ignorerade eller inte tas på allvar uppstår känslor av brist på tillit (Nordgren et al., 2008b). I ett tidigt skede av hjärtsvikt känner män nervositet kopplat till upplevelsen av de fysiska symtomen (Europe & Tyni-Lenné, 2004) vilka även skapar ångest (Bosworth et al., 2004; Europe & Tyni-Lenné, 2004).

Kvinnor känner rädsla över sina fysiska symtom (Costello & Boblin, 2004; Nordgren et al., 2008a) och över att de eventuellt kommer att försämras (Costello & Boblin, 2004; Hägglund, Boman & Lundman, 2008; Paton et al., 2007). En kvinna uttrycker sin rädsla med att säga att "the dizziness terrifies me. Once it starts to go, once the room starts going around, I ... you don't have any control. That's a horrible feeling" (s. 445) (Rhodes & Bowles, 2002). Rädsla över den fysiska försämringen är högre hos en del kvinnor än vad rädslan för döden är. Kvinnor känner rädsla för döden och för att dö (Costello & Boblin, 2004). Rädslan kan vara så stor att en del kvinnor inte klarar av att tala om den. Denna rädsla kan göra att de inte vågar ställa frågor till sjukvården och inte klarar av att ta in information de får. Detta kan göra att de känner rädsla över att de orsakar sig själv skada. Kvinnor känner rädsla över att genomgå avancerade behandlingar, om de känner att vården är dåligt planerad och om de inte får träffa specialister. Vårdare som upplevs okunniga, nochalanta eller mindre kompetenta skapar

känslor av brist på tillit och rädsla. Vetskapen av att något är fel i hjärtat är plågsamt eftersom de ser detta som den viktigaste delen i kroppen (Nordgren et al., 2008a). En kvinna beskriver hur hon kände vånda över att leva med pacemaker i väntan på hjärttransplantation (Sadala & Stolf, 2008). Kvinnor känner ångest över kontakter med samhällets hjälpinstanser som ställer orealistiska krav (Nordgren et al., 2008a). De känner en stor ångest över möjligheten att bli en börda och över att behålla kontroll över sitt liv (Rhodes & Bowles, 2002).

Rädsla för döden uttrycks av både män och kvinnor. Både män och kvinnor upplever de fysiska symtomen som plågsamma (Evangelista et al., 2001) och har ångestkänslor över att bli en börda (Costello & Boblin, 2004).

6.1.3 Känslor av skuld

Män känner skuld över att bli en börda för sin familj och för vården (Bosworth et al., 2004). En äldre man uttrycker skuldkänslor över att vara en börda för sin fru (Brännström, Ekman, Boman & Strandberg, 2007b). Män känner även skuld över att bli en börda på sin arbetsplats (Nordgren et al., 2008b).

Kvinnor känner skuld över inte förstått allvaret och att de inte sökt hjälp för sin hjärtsvikt tidigare än vad de gjort samt att de ibland inte gör som de blivit rådda till. De tror att det är de själva som påverkat att deras hjärtsvikt blivit värre (Nordgren et al., 2008a). En kvinna uttrycker sina skuldkänslor genom att säga ”I didn’t want to be a burden to my family and friends” (s. 171) (Evangelista et al., 2001).

6.1.4 Känslor av saknad

I subtemat känslor av utanförskap framkom uttryck av förlust, ensamhet, övergivenhet samt ledsamhet.

Män känner förlust på grund av att den nedsatta fysiska styrkan hjärtsvikten orsakar sätter gränser för vad de kan göra (Brännström et al., 2007b; Costello & Boblin, 2004). Flera män känner förlust över att behöva ändra livsstil (Costello & Boblin, 2004; Sadala & Stolf, 2008) innefattande bland annat vätskerestriktioner, specialdieter, alkoholrestriktioner (Costello & Boblin, 2004) och att behöva sluta röka (Sadala & Stolf, 2008). En man uttrycker förlust av sitt sexliv. Tidigare var sex en krydda i hans liv (Brännström et al., 2007b). Män känner förlust över tron på framtiden som kommer ur hjärtsviktsprognosen de fått (Europe & Tyni-Lenné, 2004) samt förlust av sin autonomi och kontroll (Evangelista et al., 2001). När vårdaren ställer krav på männen som de inte kan tillgodose upplevs en känsla av förlust (Europe & Tyni-Lenné, 2004). För män ger att inte kunna äta och dricka som förut upphov till social isolering. De undviker att följa med på sociala aktiviteter då de känner sig obekväma när de inte kan vara som alla andra (Costello & Boblin, 2004). Jobbiga symtom kan vara en orsak till att en del män väljer att vara ensamma (Europe & Tyni-Lenné, 2004). En man ur Costello och Boblin (2004, s. 15) berättar om ensamheten i sitt liv som att ”It can be a lonely life, the kids got their own life ... most of mine [Friends] are in the hospital or got a bunch of their own problems, can’t even go to see them“. Män känner ledsamhet över den livsstil de levt som kan ha orsakat hjärtsvikten (Costello & Boblin, 2004) och över begränsningarna i livet som de nu måste leva med (Evangelista et al., 2001). En man beskriver upplevelsen av att

få sin diagnos som en känsla av depression (Costello & Boblin, 2004). Andra män beskriver känslan av depression över minskad fysisk förmåga (Europe & Tyni-Lenné, 2004) och förlust av sin sociala roll (Bosworth et al., 2004).

Kvinnor upplever förlust i att aldrig känna sig utvilade, att inte vara hela människor och att inte orka med saker de önskar. En kvinna ur Paton et al. (2007, s.11) beskriver förlust som följer:

Growing old and living very comfortably, raising my children, having lots grandchildren coming in for Christmas dinners and everything like that. Having an active life, playing tennis... I thought I would play tennis until I was 80 years old, it was wonderful, I love the game. Providing everything for the children, making sure they had money for education, and they would have, but then when we split up, it all changed. I pictured myself continuing to teach music, having a studio of kids and just having the cream of the crop. I didn't want any students who wouldn't produce, you know. I had to cancel some contracts when I really started to have some problems. That was painful... this life is not at all what I would have pictured. Never, ever, ever... That's the hardest thing.

En kvinna berättar att hon bor långt bort från vänner och familj. Hon orkar inte resa och besöka dem vilket skapar känslor av ensamhet (Hägglund et al., 2008). När kvinnor inte får tillräcklig eller relevant information från vården eller om planerade besök med specialister inom hjärtmedicin uteblir får de känslan av att vara övergivna. De är då utelämnade till känslor av osäkerhet, rädsla och ångest som skapas ur känslan av att vara övergiven. Känslor av att vara övergiven uppstår också om kollegor på arbetsplatsen där de tidigare jobbat inte håller kontakt (Nordgren et al., 2008a). Kvinnor känner sorg över de saker de inte längre kan göra (Rhodes & Bowles, 2002). Trötthet som gör att kvinnorna tvingas sluta med vardagssysslor och fritidsaktiviteter skapar känslor av ledsamhet (Hägglund et al., 2008). Kvinnor har känslor av ledsamhet över den bild av framtiden som nu har förändrats (Nordgren et al., 2008a) och att inte orka träffa vänner (Paton et al., 2007).

6.1.5 Känslor inför det okända

I subtemat känslor inför det okända framkom uttryck av osäkerhet, ovisshet, oro samt chock och förvåning.

Vetskapen om att ha ett sjukt hjärta och att inte kunna lita på sin kropp gör att män känner osäkerhet. De känner osäkerhet över läkemedelsbiverkningar, att inte kunna lita på effekterna av ett läkemedel, att olika läkare ger olika ordinationer, att behandlas av icke specialiserade läkare, organisationsförändringar och nedskärningar i vården (Burström m. fl., 2007). Oregelbundna besök hos läkaren skapar osäkerhet hos män. Vården är inte villkorlös vilket gör att männen känner osäkerhet över att vara beroende av den och inte vara säker på om de kommer få tillräckligt av den. Dålig kontakt med sin läkare och att inte få svar på sina frågor samt rak och ärlig information från vården skapar känslor av ovisshet hos män. När självbilden inte längre stämmer med det fysiska jaget, när livet är skört och hälsan inte längre är självklar känner män osäkerhet. Män med hjärtsvikt känner att deras framtid är oviss och otydlig (Nordgren et al., 2008b). Män känner oro över att bli beroende av andra, att inte ha kontroll över sin egen kropp och att inte längre vara till nytta. Män oroar sig även över att få en plågsam död (Burström m. fl., 2007). En man känner ökad oro över den stora bördan hans

hjärtsvikt lägger på hans fru (Brännström et al., 2007b). Män kan känna förvåning över diagnosen. En man som hade upplevt hur dennes sjuka pappa med hjärtsvikt haft det beskriver det som ”At first it was a terrible shock to me because of my relatively young age” (s. 15) (Costello & Boblin, 2004).

Viljan av att kunna leva hemma och samtidigt vara medveten över att det inte kommer gå, gör att kvinnor känner osäkerhet (Hägglund et al., 2008). Förlust av kontrollen över livet och kroppen skapar osäkerhet hos kvinnor (Rhodes & Bowles, 2002). Existentiell osäkerhet och osäkerhet över att inte klara av uppgifter på jobbet beskrivs av kvinnor med hjärtsvikt. Kvinnor som inte får komma till specialistläkare känner osäkerhet. Osäkerhet skapas av att inte få ta del i sin egen vård eller i möten med vårdare som upplevs som okunniga eller mindre kompetenta. Kvinnor känner ovisshet över vad framtiden kommer innebära och vilka behandlingar de kommer behöva gå igenom. När de inte får nog med information eller om vårdpersonal inte gör uppföljning känner de sig ovissa över om de gör rätt eller tillräckligt med förändringar i sin livsstil. Kvinnor som får problem med att utföra sitt jobb känner ovisshet (Nordgren et al., 2008a). De oförutsägbara fysiska förändringarna gör det svårt att planera och om de inte har någon som kan hjälpa dem känner de ovisshet (Hägglund et al., 2008). Kvinnor som inte har god ekonomi känner oro över hur de ska klara sig när de successivt orkar mindre och mindre (Paton et al., 2007). En del kvinnor behöver tjata eller ljuga för att få den vård de anser sig behöva vilket skapar känslor av oro (Nordgren et al., 2008a). Kvinnor känner oro över att inte kunna klara sig själva och vara beroende av andra (Rhodes & Bowles, 2002). Kvinnor känner förvåning över diagnosen då de hade trott att de bara var förkylda eller att det var relaterat till ålderdom. Kunskapen kring hur allvarligt hjärtsvikt är chockerande kvinnorna (Nordgren et al., 2008a).

När diagnosen hjärtsvikt ges känner både män och kvinnor känslor av chock och att inte vilja tro att det är sant (Costello & Boblin, 2004).

6.1.6 Känslor kring beroende

I subtemat känslor av beroende framkom uttryck av maktlöshet, förödmjukelse, besvikelse och motgång, dåligt självförtroende, tvivel, obehagskänslor samt hopplöshet.

Män känner maktlöshet när de inte tas på allvar eller ignoreras (Nordgren et al., 2008b). Män känner sig som försöksobjekt när de upplever att läkaren endast är intresserad av deras hjärtsvikt för sin egen del (Burström m. fl., 2007). När de inte får svar på sina frågor eller inte får rak och rättfram information kan de känna sig förödmjukade (Nordgren et al., 2008b). Män som misstänker att läkemedel påverkar deras sexuella funktion känner besvikelse över att de inte tycker sig fått tillräcklig information om läkemedels biverkningar (Europe & Tyni-Lenné, 2004). När planerade besök eller undersökningar skjuts upp, eller om det går för lång tid mellan besök känner män sig avfärdade (Nordgren et al., 2008b). Män uttrycker att de känner sig gamla, värdelösa och att deras liv kastas bort (Nordgren et al., 2008b). Män upplever en kognitiv försämring som gör att de känner att de inte hinner med och att de inte längre är någon som går att lita på (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Mäns låga känsla av egenvärde är kopplat till den fysiska och sociala roll som de inte längre kan uppnå (Bosworth et al., 2004). ”Att bli liggande som ett vårdpaket och inte uppleva sig som en hel människa är

scenarier som återkommer ... Sådana scenarier ger hos vissa en känsla av värdelöshet och utanförskap” (s. 26). Trots att män upplever att de inte blir hjälpta av läkemedel vågar de inte tacka nej, att inte lita på sin egen bedömning gör att de känner sig otrygga. Möten med läkare som är nonchalanta kan göra att män känner sig värdelösa (Burström m. fl., 2007). Män känner sig förbisedda eller oviktiga om planerade behandlingar, besök eller undersökningar senareläggs eller om det går för lång tid mellan kontakterna med vården (Nordgren et al., 2008b). En man som har svårt att följa rekommendationer i Costello & Boblin (2004) känner att ”I'm just a dumb country boy, I'm going to have to learn to do what I'm told” (s. 13). När bilden en man har av sig själv inte passar med vad han klarar av att göra kan det uppstå känslor av tvivel (Nordgren et al., 2008b). Män upplever att emotionell spänning är mer framträdande vid kronisk hjärtsvikt än vid andra kroniska sjukdomar (Bosworth et al., 2004). Män känner hopplöshet när de inte längre kan göra det de kunde förut och när de inte kan göra det de vill (Nordgren et al., 2008b).

Kvinnor känner maktlöshet över hur deras framtid begränsas av hjärtsvikten och när de möter vårdare som verkar oengagerade eller ointresserade. När kvinnorna inte känner sig delaktiga i sin vård uppstår maktlöshet. En kvinna sade ”because one is ... one is completely ... powerless ... they are in charge of course, I can, I can force nothing. ... I can't ... they decide, just like that, no matter how foolish ... I can do nothing” (s. 46). När representanter för samhällets hjälpinstanser inte förstår problematiken med hjärtsvikt kan kvinnor känna att de inte blir betrodda vilket gör att de känner förödmjukelse (Nordgren et al., 2008a). Kvinnor känner att det är väldigt lite de klarar av (Hägglund et al., 2008) och när familjemedlemmar tar över eller försöker få kvinnor att avstå från aktiviteter känner kvinnan sig skör. En skör kropp kan göra att kvinnan känner sig mindre värd i andras ögon och om kollegor inte håller kontakt känner sig kvinnor oviktiga som personer. När kvinnor inte tas på allvar och respekteras av vårdpersonal känner de tvivel över vårdarens kompetens men även över sina egna upplevelser. Om de inte får tillräcklig och relevant information känner kvinnor tvivel (Nordgren et al., 2008a). En kvinna i Rhodes och Bowles (2002) känner obehag av att behöva förlita sig på en pacemaker. En kvinna uttrycker sin förlust av hopp med att säga ”sometimes I get hopeful that the medications will help me feel better, but it's just hoping” (s. 172) (Evangelista et al., 2001). Snabba försämringar i tillståndet hos kvinnor skapar förtvivlan och hopplöshet (Nordgren et al., 2008a).

Både män och kvinnor känner missmod av försämringar i tillståndet och patienter som ser hjärtsvikten som en svaghet kan få känslor av resignation. Män och kvinnor som såg hjärtsvikt som en fiende kände obehagskänslor av det (Evangelista et al., 2001). De berättar om obehag av att inte längre kunna göra som de brukar (Sadala & Stolf, 2008) och upplevelsen av emotionell trötthet (Costello & Boblin, 2004). Män beskriver mer negativa känslor kopplat till sjukdomen än kvinnor (Evangelista et al., 2001) och dessa är ofta sammankopplade med att konfrontera sin dödlighet (Bosworth et al., 2004). Både män och kvinnor känner hopplöshet (Evangelista et al., 2001).

6.2 POSITIVA KÄNSLOR VID HJÄRTSVIKT

I huvudtemat positiva känslor vid hjärtsvikt framkom subteman med rubrikerna känslor kring uppskattning av livet, känslor kring säkerhet och positiva känslor om framtiden.

6.2.1 Känslor kring uppskattning av livet

I subtemat känslor kring uppskattning av livet framkom uttryck av gemenskap, religion och tro, mening, acceptans, inre styrka, glädje samt tillfredsställelse.

En man i Brännström et al. (2007b) känner gemenskap med sin fru, Gud och andra. Känslan av gemenskap blir mer uppenbar när man bor tillsammans med någon. Han känner gemenskap i att han kan hjälpa sin fru med vissa saker även om det inte är lika mycket som förut (ibid.). Känslan av gemenskap som män känner i att leva tillsammans med någon och att kunna kommunicera öppet med familjen inger trygghet (Burström m. fl., 2007). Gemenskap män känner kan få negativa känslor att tillfälligt blekna och att kunna dela erfarenheter med andra gör att ensamheten bli mindre (Nordgren et al., 2008b). En man berättar om hur hans känslor av gemenskap med hans fru gör att han älskar livet (Brännström et al., 2007b). Känslor av gemenskap i samband med att kunna rasta en hund uttrycks av en man (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Män tycker att tro är viktigt för att kunna se mening med livet och från det känna trygghet (Burström m. fl., 2007). En man känner sinnesfrid av att gå till kyrkan (Bosworth et al., 2004) och en annan man känner att hans tro ger honom lugn inför döden (Europe & Tyni-Lenné, 2004). För att känna mening med livet är det viktigt för män att få vara med sina närmaste (Burström m. fl., 2007) och mening med livet uppstår också genom gemenskap med sin fru, andra och Gud (Brännström et al., 2007b). Män känner acceptans för sin situation. Detta betyder inte att de är utan hopp eller är deprimerade utan att de har bearbetat situationen och är redo att gå vidare med de nya förutsättningarna. Män känner glädje över möjligheten att kunna få ett nytt hjärta (Costello & Boblin, 2004) och en man uttrycker glädje över att hans fru köpt honom en hund som han kan gå ut med (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Män som kände att deras arbetssituation innan hjärtsviktsdiagnosen var ohälsosam känner tillfredsställelse med livsstilsförändringen som skedde efter diagnosen. Några män tycker att deltidsarbete och det faktum att de kan vara aktiva trots funktionsnedsättningar skapar tillfredsställelse (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Medicinering som gör att hjärtsvikten blir lättare att leva med skapar tillfredsställelse hos män (Nordgren et al., 2008b).

För kvinnor ger känslorna av gemenskap de redskap de behöver för att hantera negativa känslor och tankar (Nordgren et al., 2008a). För en kvinna är det hennes hund som ger henne känslor av gemenskap (Rhodes & Bowles, 2002). Medmänniskor och en tro på Gud är för en del kvinnor nödvändiga redskap för att hantera negativa tankar eller känslor. En tro på Gud kan ge glädje, gemenskap, stöd och säkerhet. En stark känsla av att deras liv och framtid ligger i Guds händer kan minska rädsla för döden och skapa mening och känslor av säkerhet för kvinnor (Nordgren et al., 2008a). En kvinna ur Evangelista et al. (2001) säger att "I feel that I can overcome the challenge through my guidance with the Lord. I feel that things are in His hands" (s. 174). Kvinnor som känner sig värdefulla och älskade trots den trasiga kroppen gör att livet känns meningsfullt. Hjärtsvikten gör att kvinnorna behöver acceptera den situation de befinner sig i. Detta resulterar i att de försöker uppskatta det de har och försöker

känna att livet har mening (Nordgren et al., 2008a). Kvinnor som gör hjärtsvikten till en del av sig känner acceptans (Paton et al., 2007). En kvinna ur Rhodes och Bowles (2002) förklarar sin känsla kring acceptans som att "If it doesn't get done today, well, the world doesn't fall apart. I don't drive myself any more. So it doesn't get done. The world doesn't come to an end" (s. 445). Kvinnor känner acceptans för sin situation (Evangelista et al., 2001), uppskattar det de har (Nordgren et al., 2008a; Paton et al., 2007) och ser på det som att det finns de som har det värre än de själva (Paton et al., 2007). Kvinnor känner glädje över de förmågor de fortfarande har kvar (Nordgren et al., 2008a) och glädje uppstår när de känner sig lyckosamma över att de faktiskt överlevt en livshotande sjukdom (Nordgren et al., 2008a; Paton et al., 2007). En del kvinnor framhåller att känna glädje är ett medvetet val från deras sida (Rhodes & Bowles, 2002). Kvinnor med tro anser att deras religion kan skapa glädje (Nordgren et al., 2008a). När kvinnor får göra egna livsavgörande val skapar det tillfredsställelse (Rhodes & Bowles, 2002).

6.2.2 Känslor kring säkerhet

I subtemat känslor kring säkerhet framkom uttryck av trygghet samt tillit.

Att få dela sina erfarenheter med andra personer som också har hjärtsvikt skapar känslor av trygghet hos män (Nordgren et al., 2008b). Män som känner att de har kontroll över sin kropp och behandling känner trygghet (Burström m. fl., 2007; Nordgren et al., 2008b). När läkemedel fungerar tillfredställande, när de förstår vad diagnosen hjärtsvikt innebär och när strategier för att må bättre fungerar känner män trygghet (Nordgren et al., 2008b). Män känner trygghet när sjukvårdssystemet upplevs som bra och kompetensen är god bland vårdpersonalen (Burström m. fl., 2007; Nordgren et al., 2008b). En man i Nordgren et al. (2008b, s. 1348) uttrycker sig kring hur han upplever känslan av säkerhet med att gå ut med en hund:

...One of the neighbors, she has a dog... I took it and I went, went for a walk (cries) (...) It was good (cries)... (Int[erviewer]: It was good? Mm... Why was it good then?) It was something safe about it (cries) (...) So, so I'll take that dog and I'll walk him (...) (Int.: But you said you felt safe when you're out, because of him of him, or...) Yes (...) otherwise, one walk alone... (Int.: Yes... And then you feel?) Well, insecure.

När kollegor på männens arbetsplatser är omtänksamma, beter sig som vanligt, inte hela tiden påminner om hjärtsvikten och inte förväntar sig att de skall kunna utföra krävande uppgifter känner de säkerhet (Nordgren et al., 2008b). Män tycker att känslor av trygghet skapas av att ha tillgång till subventionerade läkemedel och att socialförsäkringssystemet fungerar som det skall. Tro på livet och framtiden skapar känslor av trygghet (Burström m. fl., 2007). Män känner tilltro när de möter vårdare som visar respekt och öppenhet (Nordgren et al., 2008b). När akutvårdsinsatser i hemmet fungerar tillfredsställande (Brännström et al., 2007b) och när kompetent vårdpersonal stöder på ett bra sätt känner män tilltro (Nordgren et al., 2008b).

Kvinnor anser att en väl fungerande vårdapparat skapar känslor av trygghet (Hägglund et al., 2008; Nordgren et al., 2008a). När vårdare behandlar kvinnorna med ömsesidig respekt, öppenhet och självförtroende, när kvinnorna anser att vården är välorganiserad och pålitlig samt när kvinnorna får prata med sjuksköterskor med specialistkunskap om hjärtsvikt skapar

det känslor av trygghet. Kvinnor som får känna sig värdefulla och älskade trots att kroppen inte fungerar som den skall känner trygghet. När familj och andra medverkar med en positiv attityd mot de förändringarna kvinnorna måste göra i sin livssituation känner de trygghet. Tro på Gud och tron om att livet ligger i Guds händer minskar rädslan för döden och ökar känslor av säkerhet (Nordgren et al., 2008a).

6.2.3 Positiva känslor om framtiden

I subtemat positiva känslor om framtiden framkom uttryck av tröst och hopp.

Män finner tröst i sociala nätverk som bekräftar deras upplevelser av att leva med hjärtsvikt (Bosworth et al., 2004). När besök från sjukvården görs som inte är planerade under en period när männen har hjärtsvikten under kontroll känner de tröst (Nordgren et al., 2008b). Män tycker det är viktigt att kunna fortsätta att umgås med andra och göra fritidsaktiviteter eftersom det skapar känslor av hopp (Brännström et al., 2007b). En man ur Costello och Boblin (2004, s. 14) beskriver sina känslor av hopp genom att säga "...just hope that I'll have more good years and that when I get sick that there might be some sort of remedy that will, you know, make life liveable and everything". Enligt Nordgren et al. (2008b) gör medicinsk behandling som ger positiva resultat på hjärtsvikten samt att få god vård att män känner hopp.

Kvinnor känner tröst genom att jämföra sin situation med andra som har det sämre (Häglund et al., 2008). När vården kontaktar kvinnor utan att ha en formell anledning känner de tröst (Nordgren et al., 2008a). Många kvinnor ser hjärtsvikten som en andra chans och känner hopp inför framtiden. Övriga förbättringar i tillståndet väcker känslor av hopp. När kvinnor känner sig värdefulla och älskade trots sin felande kropp känner de hopp (Nordgren et al., 2008a). Kvinnor som accepterar sin sjukdom har lättare att känna hopp (Paton et al., 2007).

Både män och kvinnor som var nära döden kände hopp om att deras tillstånd skulle förbättras (Costello & Boblin, 2004).

7 DISKUSSION

Nedan kommer författarna till detta examensarbete diskutera använd metod, värdera det framkomna resultatet, dra slutsatser och komma med egna reflektioner kring fortsatt forskning.

7.1 METODDISKUSSION

I examensarbetet användes en kvalitativ design och en systematisk litteraturstudie för att kunna ge svar på syftet. Vårdvetenskapliga artiklar som tar upp känslor och upplevelser kring hjärtsvikt valdes. Analys av självbiografiska skönlitterära böcker kring ämnet hade också kunnat genomföras men vid efterforskningar i databaser och på bibliotek visades att detta material inte vara tillräckligt stort för en sådan analys. En empirisk studie med intervjuer av patienter med hjärtsvikt hade också kunnat svara på forskningsfrågan men eftersom detta inte tillåts av etiska skäl på kandidatnivå uteslöts detta.

Författarna till detta examensarbete valde att inspireras av Evans (2002) sätt att syntetisera data. Evans metod beskriver syntetisering av data på ett enkelt och konkret sätt vilket gjorde det tydligt hur analysförfarandet skulle bedrivas. Det fanns andra liknande sätt att analysera data på, bland annat i Friberg (2006), men valet föll på Evans (2002) metod då den var utförligt utformad och förklarad. Författaren framhåller att det finns en mängd olika metoder för att syntetisera data framkommet från tolkande studier. Rapportering av datasyntesmetoder är ofta bristfällig och överrensstämmelse mellan olika metoder är liten. Trots detta framhåller författaren att tolkande systematiska genomgångar genererar en sammansättning av beskrivningar som fångar kärnan av ett fenomen. Den viktigaste fördelen är att gruppering av fynd kan göras vilket leder till att den som undersöker kan göra detta systematiskt samt jämföra och visa flera olika nyanser i ett fenomen. Beskrivningen som framkommer av fenomenet stärks eftersom den kommer från flera olika populationer, miljöer och omständigheter.

Enligt Polit och Beck (2008) bedrivs kvalitativ forskning för att undersöka människans komplexa komponenter och hur hon individuellt subjektivt upplever något. Detta gjorde att författarna till detta examensarbete tyckte att kvalitativa artiklar passade väl in för att kunna besvara uppsatsens syfte. Polit och Beck framhåller vidare att en begränsning i kvalitativ forskning är momentet av tolkning. Deras frågeställning är om två forskare skulle göra samma undersökning under liknande miljömässiga förhållanden, skulle de då komma fram till samma slutsats? Detta gör att viss kvalitativ forskning ifrågasätts. Detta kan, enligt författarna till detta examensarbete, uppfattas som att kvalitativt publicerat material som tolkas en gång till gör att trovärdigheten på slutprodukten kan ifrågasättas.

Generellt när forskning bedrivs ökar intersubjektiviteten när det är flera forskare som gör den (Polit & Beck, 2008). Arbetet med detta examensarbete har utförts av två personer. Under arbetets gång har diskussioner förts kring fynd och tolkning av texter. Detta tror författarna har resulterat i en mer korrekt bild av fenomenet. Författarna består dessutom av en man och en kvinna vilket kanske kan ha lett till en mer jämställd tolkning av fenomenet. Då en av författarna kommit i kontakt med patienter som vårdas för hjärtsvikt kan dennes förförståelse över fenomenet påverkats. Detta noterades av författarna som vid analysförfarandet ansträngde sig att inte låta förförståelsen färga resultatet. Inklusionskriterierna var bland annat att kvinnor och män skulle kunna urskiljas separat i artiklarna. Detta kan ha lett till att intressanta artiklar exkluderats i analysen och resulterat i en mindre korrekt bild. 61 % av personerna i artiklarna var män vilket kan ha gjort att det är övervikt av mäns känslouttryck som analyserats. Alla artiklar var skrivna på engelska, utom en som var skriven på svenska. Det kan vara problematiskt att översätta engelsk text till svenska då risken finns att nyanser i det engelska språket kanske försvinner. Om detta är fallet så kan analysen bli missvisande. För att undvika denna problematik valdes att så länge som möjligt behålla det engelska språket i nyckelfynd och kategorier. För att få en så korrekt översättning som möjligt slogs de flesta känslorelaterade ord upp i engelska lexikon för att fånga betydelsen av dem.

Sökfunktionen i ordbehandlingsprogrammet Word 2007 var ett bra hjälpmedel för att lättare kunna hantera meningsbärande nyckelfynd. Det sparade författarna tid vilket var viktigt då denna var begränsad. Nackdelar med denna metod var att sökningar i olika språk inte kunde

göras samtidigt och att det enbart var den böjningen författaren skrev in som återfanns i texten.

Överförbarheten till svenska förhållanden kan ha påverkats då inte alla studier gjorts här. En var gjord i Brasilien, två var gjorda i Canada och tre i USA. Resten av studierna var dock utförda i Sverige vilket stärker studiens överförbarhet. En av artiklarna handlade inte primärt om hjärtsvikt utan om upplevelser kring hjärtransplantation men då artikeln var uppdelad i tre delar, där en av delarna handlade om hur det var att leva med hjärtsvikt, kunde ändå denna användas i analysen trots att huvudfokus inte låg på känslor kring hjärtsvikt.

7.2 RESULTATDISKUSSION

I resultatdiskussionen diskuteras viktiga fynd författarna till detta examensarbete funnit i relation till syftet och resultatet förankras till teoretisk referensram samt tidigare forskning. Praktisk tillämpning och förslag till vidare forskning kommer också diskuteras.

7.2.1 Negativa känslor vid hjärtsvikt

Resultatet av denna litteraturstudie skildrar att dålig kontakt med vården skapade många olika känslor, bland annat känslor av osäkerhet, känslor av att vara övergiven, känslor av maktlöshet, känslor av förödmjukelse, känslor av tvivel, känslor av dåligt självförtroende, känslor av rädsla och känslor av brist på tillit. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, Socialstyrelsen (2005), står bland annat att sjuksköterskan skall ha förmåga att möta patienten i dennes sjukdomsupplevelse som ett steg i att lindra och Skotzko (2009) framhåller att obehagliga emotioner kan påverka upplevelsen av symtom vid hjärtsvikt negativt. Författarna till examensarbetet tycker sig se en koppling mellan negativa känslor och bemötandet inom vården. Sjuksköterskor borde, som enligt Socialstyrelsen (2005) möta patienter som har hjärtsvikt även på det känslomässiga planet och inte göra som i Jones (1999) där sjuksköterskor ofta projicerar känslor patienter upplever mot fysiska symtom istället för att ta tag i dem.

I vår litteraturstudie framkom att hos personer med hjärtsvikt skapades skuld över att inte ha följt vårdens föreskrifter så kunde det orsaka försämring i hälsotillståndet. Behovet av livsstilsförändringar samt över hur de skulle göra dessa skapade känslor av förlust. De kände också osäkerhet över läkemedelsbiverkningar och över att läkemedlen inte skulle ha effekt. I Mahoney (2001) berättar en hustru till en man med hjärtsvikt att mannen kände acceptans över när denne tog sina mediciner och gjorde det som vården rekommenderade honom till att göra. Författarna till examensarbetet tror på grund av det att det kan vara viktigt att motivera personer med hjärtsvikt till att verkligen inse vikten av att ta sina läkemedel och få dessa personer att förstå varför vissa restriktioner i livsföring rekommenderas. En tydlig information angående läkemedels effekter på kroppen och dess biverkningar är viktigt att förmedla på ett pedagogiskt sätt av sjuksköterskan för att dämpa de negativa känslor som kan uppstå.

Personer med hjärtsvikt hindras av sin sjukdom att delta i sociala sammanhang (Rodriguez et al., 2008). Förmågan att hålla sig aktiv och göra glädjefulla saker påverkas negativt vid hjärtsvikt (Zambroski, 2003). I vår litteraturstudie framkom att personer med hjärtsvikt kände ilska, missmod, hopplöshet, förlust och sorg över att inte längre kunna göra det som de gjort

föret. När de inte kunde eller orkade delta i sociala sammanhang gjorde det att de kände irritation, ensamhet och isolering. Att inte längre kunna arbeta som tidigare kunde skapa irritation samt oro över ekonomin. Författarna tolkar att känna oro över ekonomin som en extrapersonell stressor (Neuman, 2002). Författarna tycker sig se en klar koppling mellan den fysiska funktionsnedsättningen hjärtsvikt orsakar och negativa känslor som skapas av att inte kunna göra saker de kunnat tidigare.

Personer med hjärtsvikt har en dålig prognos för att klara sig i samhället (Stewart et al., 1989). I vår studie framkom att hjärtsviktens oförutsägbarhet skapade känslor av ovisshet och gjorde det svårt att planera livet. Känslor av sorg och maktlöshet över den planerade framtiden uppstod då inget kunde göras åt begränsningarna sjukdomen orsakar. Resultat visade även att personer med hjärtsvikt kände stor oro och ångest över att bli en börda i framtiden. Författarna ser ett samband mellan att få en dålig prognos och alla de negativa känslor som uppstår hos personer med hjärtsvikt när de försöker blicka framåt och få en bild över hur deras framtid kommer att se ut.

Negativa känslor kopplar författarna till Neuman's (2002) intrapersonella negativa stressorer då hon förklarar dessa som något som sker inom människan. Dessa negativa känslor påverkar människans försvarslinjer så att försvarsbufferten blir mindre. Hälsa innebär stabilitet mellan positiva och negativa stressorer. När negativa stressorer påverkar tillräckligt mycket skapas ohälsa hos människan. Olika människor har olika stor försvarsbuffert. Vården går ut på att få stabilitet i systemet genom att identifiera stressorer. Detta tolkar författarna som att det är viktigt att identifiera negativa känslor i vården för att kunna göra lämpliga interventioner.

7.2.2 Positiva känslor vid hjärtsvikt

Författarna till examensarbetet tror att gemenskap och att inte vara ensam är ett viktigt verktyg för att hantera negativa känslor då det bland annat i studien framkom att familj och vänner var viktiga där känslor av glädje och tröst innefattades. Emotionella faktorer kan påverka intaget av föda (Lennie et al., 2006) vilket författarna tolkar som att känslor av gemenskap kan främja födointag. En del kände gemenskap och trygghet i sin känsla av tro och flera andra kände gemenskap med sina hundar. Från känslorna av gemenskap kom känslan av mening och kärlek till livet.

Sjuksköterskor tror att patienter som känner ångest och oro mår bättre av att få prata med dem (Brännström et al., 2005). I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska av Socialstyrelsen (2005) framhävs att sjuksköterskan skall efter bästa förmåga verka till att en god vårdmiljö upprättas. I vår studie framkom det att känslor av trygghet var kopplade till att i vården att mötas med respekt, att vården var bra strukturerad och att personal var kompetent samt att hopp skapades av bra vård som gav resultat. Detta visar enligt författarna till examensarbetet att en god vård som tar känslor hos patienter med hjärtsvikt på allvar gör att positiva känslor kan skapas och negativa kan motverkas. Vi tror att det är viktigt att känslor bekräftas och att patienter får möjlighet till samtal med sjuksköterskor om dessa.

I examensarbetet visade personer med hjärtsvikt att de kunde känna acceptans vilket kan betyda att de hade bearbetat situationen och var redo att fortsätta med livet som det var då.

Den nya hälsosammare livsstilen kunde skapa känslor av tillfredsställelse hos vissa vilket skulle kunna visa på att sjuksköterskans sätt att främja hälsa genom bra information till personer med hjärtsvikt är viktig. Trygghetskänslor kom även från att känna sig värdefull och älskad trots sjukdomen. Husdjur gav känslor av trygghet för vissa och andra kände trygghet i sin tro. Trygghet var också att inte få krav från arbetet. Kanske bör sjuksköterskan verka för att dessa personer hittar olika sätt att känna trygghet på för att minska deras lidande.

De positiva känslorna agerar som intrapersonella positiva stressorer och bygger upp människans försvar mot negativa stressorer (Neuman, 2002). Omvårdnad är i denna kontext att stödja de positiva känslorna. I och med detta kan sjuksköterskan hjälpa personen mot optimal hälsa.

7.2.3 Skillnader mellan män och kvinnor

Ett bifynd i analysen var att män och kvinnor beskrev sina känslor på olika sätt. Detta ansågs som ett intressant fynd och diskuteras nedan.

Hess et al. (2000) fann att skuld är en känsla som oftare förekommer hos kvinnor än hos män. Kvinnorna i vår studie uttryckte skuld över att inte ha förstått allvaret i sina symtom och över att de inte sökt hjälp tidigare. De trodde att det varit deras eget handlande som förvärrat hjärtsvikten. Männerna i studien kände inte skuld utan sorg över den livsstil som gjort att de fått hjärtsvikt.

Enligt Timmers, Fischer och Manstead (1998) justerar kvinnor sina känslor av ilska för att skydda andras känslor. I vår studie kände kvinnor ilska i mötet med dålig vård medan männen i studien kände frustration. Det vara viktigt för sjuksköterskor att ha denna skillnad i åtanke då undantryckta känslor enligt Neuman (2002) kan påverka försvarsbufferten och göra att systemet kommer i obalans.

I vår studie kände män trygghet och tillit när de hade kontroll över sjukdomen medan kvinnor kände trygghet och tillit när vården tog hänsyn till deras känslor. Enligt Ghom och Clore (2000) har kvinnor mer tendens att uppmärksamma sina känslor. Författarna till detta examensarbete kopplar detta till att kvinnor därför även värderar att andra uppmärksammar deras känslor högre än vad män gör som kanske inte på samma sätt reflekterar dem. I studien framkom även att män kände rädsla kring när för mycket omtanke visades inom vården medan kvinnor kände sig nonchalerade när för lite omtanke visades. Männens rädsla kopplas av författarna till deras ovana att uppmärksamma sina känslor. Att män känner trygghet och tillit över att ha kontroll drar författarna paralleller till att männens traditionella roll i samhället är att skydda sin familj. Gruppen som studien gjorts på består till största delen av äldre män, så kanske kommer känslorna som uttrycks att förändras med nästa generation.

Enligt Brody och Hall (2008) borde skillnader ses i känslprocesser mellan män och kvinnor då de ofta har socialiserats till att ha olika mål och motiv. Det är inte bara detta som påverkar utan även kultur och ålder. Män i vår studie kände frustration över att förlorat sin fysiska styrka medan kvinnor kände frustration över att saker och ting tog längre tid än förr. Männens frustration över sin förlorade styrka tolkas i ljuset av detta till deras roll som familjeförsörjare medan kvinnors frustration över att saker tar längre tid kopplas till deras roll

som organisatör av familjen. Vidare kände män oro inför att vårdorganisationen ska falla jämfört med kvinnor som kände mer oro över det individuella mötet med vården. Detta går också att se i ljuset av vilka roller män och kvinnor socialiseras till.

Kvinnor i vår studie kände maktlöshet över deras framtid och att inte känna sig delaktig i sin vård medan män uttryckte att de kände maktlöshet över att ignoreras och inte respekteras. Det kopplar författarna återigen till socialiseringen av kvinnor framförallt i de äldre generationerna (Brody & Hall, 2008). Kvinnor har traditionellt varit de som vårdar i hemmet och att då stängas ute från sin egen vård borde kunna ge känslor av maktlöshet. Männens känslor av maktlöshet relaterat till att ignoreras och inte respekteras borde även det kunna kopplas till mannens roll som familjens respekterade överhuvud.

Män i vår studie kände tröst i att få bekräftelse av andra sjuka medan kvinnor kände tröst i att jämföra sig med andra sjuka som hade det sämre än de själva. Detta kan bero på olika saker då Brody och Hall (2008) framhåller att det finns genuskillnader i funktionen av hur känslor påverkas av sociokulturella, kognitiva, biologiska och beteendevariabler.

Briton och Hall (1995) framhåller att fördomar kring könsskillnader i uttryck av känslor har ett visst mått av sanning i sig. En av dessa fördomar säger att män känner mer stolthet än kvinnor (Hess et al., 2000). Den sociala isolering som män och kvinnor i vår studie kände var orsakad av olika saker. Män valde bort umgänge där de inte kunde delta fullt ut i aktiviteter medan kvinnor isolerades av att de fysiskt inte orkade ta sig till familj och vänner. Den valda isoleringen var svår att förstå av författarna mot den bakgrund av studiens resultat som visade att män känner tillfredsställelse i att använda de kvarvarande funktionerna och över att leva ett mer hälsosamt liv. Detta tolkar författarna som att män känner social isolering på grund av att deras stolthet kränks av att inte kunna använda sin kropp på samma sätt som förut i sociala sammanhang.

Neuman (2002) ser det vårdvetenskapliga begreppet människa som uppbyggd av systemvariabler där en av dem är den sociokulturella variabeln vilken handlar om den kombinerade effekten av sociala och kulturella förhållanden. Denna variabel borde göra att skillnader mellan män och kvinnor är att förvänta då de socialiseras in i olika roller sedan födseln. Författarna hittade i sin studie känslomässiga skillnader mellan män och kvinnor. Om de sociokulturella skillnaderna inte funnits borde inte skillnader ha upptäckts.

7.2.4 Förslag till vidare forskning

I detta arbete upptäcktes att män ibland kände rädsla när för mycket omtänksamhet visades inom vården. Det vore intressant om att ta reda på mer om detta fenomen för att undvika att vården skapar ytterligare lidande för patienter. Vi upptäckte också vissa skillnader mellan män och kvinnors känslouttryck i förhållande till hjärtsvikt. Det behövs enligt författarna till detta examensarbete mer forskning kring kopplingen mellan genus och känslouttryck hos personer med hjärtsvikt. Många vårdvetenskapliga teoretiker skiljer på man och kvinna i begreppet människa. Det borde innebära att det faktiskt finns skillnader mellan män och kvinnor, inte bara könsligt, utan på andra sätt också (ibid.). Det finns evidens för att män och kvinnor socialiseras olika och därför uttrycker känslor på olika sätt, uppfattar situationer olika

och fysiskt på olika sätt visar känslor (Brody & Hall, 2008). En sak som genererar en känsla för en kvinna borde således kunna generera en helt annan känsla för en man trots att det är samma stimuli som är involverad. Dessa tankar kring resultatet av uppsatsen har gjort att författarna vill se närmre på hur genus påverkar känslor inom vården hos patienter med hjärtsvikt i eventuell egen vidare forskning.

7.3 ETIKDISKUSSION

Det var problematiskt att gruppera känslor och placera in dem subteman då nyanser i fynden inte skulle tappas vilket gjorde att resultatet blev så pass omfattande. Grupperingen var ändå nödvändig att göra för att kunna följa Evans (2002) metod. Kanske kunde en annan metod använts som inte ställde dessa krav på subteman samt huvudteman och som bättre kan visa nyanser i olika känslor. Det upplevdes svårt att namnge de olika subtemana då de skulle beskriva känslor i ett större sammanhang. Författarna gjorde sitt bästa för att så ärligt som möjligt ändå skapa en rättvisande bild av fenomenet. Författarna redovisade allt de hittat i analysen efter bästa förmåga. I övrigt har författarna inte uppmärksammat några etiska problem.

8 SLUTSATSER

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva hur personer som lever med hjärtsvikt beskriver känslor. Resultatet visade att många olika känslor väcks i samband med hjärtsvikt. Den största delen var negativa men även positiva känslor framträdde. Under negativa känslor fanns det känslor som var riktade mot andra, känslor framkallade av hot, saknad över framför allt fysiska förmågor, känslor av osäkerhet och ovisshet inför det okända och över att vara beroende av andra. Under positiva känslor fanns det känslor kring att uppskatta livet, att känna säkerhet samt att kunna se positivt på framtiden. Positiva känslor som finns är bra för sjuksköterskan att ha kunskap om så hon kan stödja dessa och där igenom främja hälsan hos personer med hjärtsvikt. Slutsatser som dras är att sjuksköterskor borde möta patienter som har hjärtsvikt på det känslomässiga planet. Det är viktigt att motivera personer med hjärtsvikt till att inse vikten av att ta sina läkemedel och få dessa personer att förstå varför vissa restriktioner i livsföring rekommenderas. En tydlig information angående läkemedels effekter på kroppen och dess biverkningar bör förmedlas på ett pedagogiskt sätt av sjuksköterskan för att dämpa de negativa känslorna. Det är viktigt att känslor bekräftas och att patienter får möjlighet till samtal med sjuksköterskor om negativa känslor som uppstår. Sjuksköterskan bör verka för att personer med hjärtsvikt hittar olika sätt att känna trygghet på för att minska deras lidande. Ett bifynd till studien är att skillnader mellan män och kvinnors känslor kring hjärtsvikt uppdagats. Kring detta behövs mer forskning.

REFERENSLISTA

- Binderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management, 35*(6), 594-603.
- Bosworth, H. B., Steinhauser, K. E., Orr, M., Lindquist, J. H., Grambow, S. C., & Oddone, E. Z. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & Mental Health, 8*(1), 83-91.
- Briton, N. J., & Hall, J. A. (1995). Beliefs about female and male nonverbal communication. *Sex Roles, 32*, 79-90.
- Brody, L. R., & Hall, J. A. (2008). Gender and emotion in context. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (ss. 395-408). New York: Guildford Press.
- Brännström, M., Brulin, C., Norberg, A., Boman, K., & Strandberg, G. (2005). Being a palliative nurse for persons with severe congestive heart failure in advanced homecare. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*, 314 – 323.
- Brännström, M., Ekman, I., Boman, K., & Strandberg, G. (2007a). Being a close relative of a person with severe, chronic heart failure in palliative advanced home care: A comfort but also a strain. *Scandinavian Journal of Caring Science, 21*(3), 338-344.
- Brännström, M., Ekman, I., Boman, K., & Strandberg, G. (2007b). Narratives of a man with severe chronic heart failure and his wife in palliative advanced home care over 4.5-year period. *Contemporary Nurse, 27*(1), 10-22.
- Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenheter av att vara trygga och otrygga. *Vård i Norden, 27*(3), 24-28.
- Costello, J-A., & Boblin, S. (2004). What is the experience of men and women with congestive heart failure. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 14*(3), 9-20.
- Dahlström, U. (2005). Hjärtsviktens patofysiologi, omfattning och diagnostik. I A. Strömberg (Red.), *Vård vid hjärtsvikt* (ss. 17-38). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad: Medicinsk behandling: Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- von Essen, L., & Sjöden, P-O. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 487-497.
- Europe, E., & Tyni-Lenné, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart & Lung, 33*(4), 227-234.

- Evangelista, L. S., Kagawa-Singer, M., & Dracup, K. (2001). Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & Lung, 30*(3), 167-176.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20*(2), 22-26.
- Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007). Fatigue is prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 6*, 99-104.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Fulton, J. A. (2008). Strategies used by nurses when managing the emotional needs of patients. *Learning in Health and Social Care, 7*(3), 157-167.
- Ghom, C. L., & Clore, G. L. (2000). Individual differences in emotional experiences: Mapping available scales to processes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 679-697.
- Hawthorne, M. H., & Hixon, M. E. (1994). Functional status, moods disturbance and quality of life in patients with heart failure. *Progressive Cardiovascular Nursing, 9*(1), 22-32.
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Zambroski, C. H., & Chung, M. L. (2007). A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart & Lung, 36*(1), 16-24.
- Hess, U., Senecal, S., Kirouac, G., Herrera, P., Philippot, P., & Kleck, R. E. (2000). Emotional expressivity in men and women: Stereotypes and self-perceptions. *Cognition and Emotion, 14*, 609-642.
- 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.
- Hägglund, L., Boman, K., Olofsson, M., & Brulin, C. (2007). Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 6*, 208-215.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gauden, L. H., Cuffe, M. S. et al. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine, 161*, 1849-1856.

- Jones, A. (1999). A heavy and blessed experience: A psychoanalytic study of community Macmillian nurses and their roles in serious illness and palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 31279-31303.
- Krumholz, H. M., Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C. S., Mendes de Leon, C. F. et al. (1998). Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*, 97, 958-964.
- Lainscak, M., & Keber, I. (2003). Patient's view of heart failure: from the understanding to the quality of life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 275-281.
- Lennie, T. A., Moser, D. K., Heo, S., Chung, M. L., & Zambroski, C. H. (2006). Factors influencing food intake in patients with heart failure: A comparison with healthy elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2), 123-129.
- Mahoney, J. S. (2001). An ethnographic approach to understanding the illness experiences of patients with congestive heart failure and their family members. *Heart & Lung*, 30, 429-436.
- Meleis, A. F. (2007). *Theoretical nursing: Development & progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nationalencyklopedin. (2009). Hämtad den 17 april, 2009, från <http://www.ne.se/lang/emotion>
- Neuman, B. (2002). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed.) (ss. 3-33). New Jersey: Prentice Hall.
- Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008a). Safety and understanding: Support as experienced by women living with heart failure in middle age. *International Journal of Quantitative Studies on Health and Well-being*, 3, 39-51.
- Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008b). Support as experienced by men living with heart failure in middle age: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1344-1354.
- Paton, B., Backlund, J., Barnes, M., & Thirsk, L. (2007). Recalibrating time and space: Women's challenges of living with heart failure. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 7-14.
- Pellmer, K., & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rhodes, D. I., & Bowles, C. L. (2002). Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 441-449.

- Rodriguez, K. L., Appelt, C. J., Switzer, G. E., Sonel, A. F., & Arnold, R. M. (2008). They diagnosed bad heart: A qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart & Lung, 37*(4), 257-265.
- Rustøen, T., Stubhaug, A., Eidsmo, I., Westheim, A., & Paul, S. M. (2008). Pain and quality of life in hospitalized patients with heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management, 36*(5), 497-504.
- Ryan, M., & Farrelly, M. (in press). Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, x*(x),xx-xx.
- Sadala, M. L., & Stolf, N. A. (2008). Heart transplantation experiences: a phenomenological approach. *Journal of Clinical Nursing, 17*(7b), 217-225.
- Skotzko, C. E. (2009). Symptom perception in CHF: Why mind matters. *Heart Failure Reviews, 14*, 29-34.
- de Smedt, R. H. E., Denig, P., Haaijer-Ruskamp, F. M., & Jaarsma, T. (2009). Perceived medication adverse effects and coping strategies reported by chronic heart failure patients. *The International Journal of Clinical Practice, 63*(2), 233-242.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2008). *Hjärtsvikt: Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., Rogers, W. H., Berry, S. D. et al. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association, 262*(7), 907-913.
- Timmers, M., Fischer, A. H., & Manstead, A. S. R. (1998). Gender differences in motives for regulating closeness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*, 974-985.
- Wilkinson, S. (1992). Good communication in cancer nursing. *Nursing Standard, 7*, 35-39.
- Zambroski, C. H. (2003). Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart & Lung, 32*(1), 32-40.

BILAGA 1

SAMMANSTÄLLNING AV SÖKVÄGAR

Databas och datum	Sökord	Antal träffar	Urval	Artikel
Cinahl 2009-04-07	heart failure [abstract] AND experience [abstract] (limits: female, peer reviewed, 2004-)	83	1	Costello, J. A. et al. (2004)
Cinahl 2009-04-07	heart failure [abstract] AND experience [abstract] (limits: male, peer reviewed, 2004-)	87	1	Burström, M. et al. (2007)
Cinahl 2009-04-07	heart failure [subject terms] AND qualitative [subject terms] (limits: peer reviewed, 2004-)	54	1	Europe, E. et al. (2004)
Cinahl 2009-04-07	heart failure [abstract] AND differanc* [abstract] AND gender [abstract] (limits: 2000-)	85	1	Evangelista, L. S. et al. (2001)
LIBRIS 2009-04-08	hjärtsvikt AND avhandling	11	4	Brännström, M. et al. (2007b) Hägglund, L. et al. (2007) Nordgren, L. et al. (2008a) Nordgren, L. et al. (2008b)
PubMed/Medline 2009-04-07	heart failure [all fields] AND emotions [all fields] (limits: female, English, Swedish, nursing journals)	27	2	Paton, B. et al. (2007) Sadala, M. L. et al. (2008)
PubMed/Medline 2009-04-07	heart failure [all fields] AND interview [all fields] (limits: nursing journals, 2000-present)	15	1	Rhodes, D. L. et al. (2002)
PubMed/Medline 2009-04-14	heart failure [title/abstract] AND [title/abstract] psychosocial (limits: 2004-present)	117	1	Bosworth, H. B. et al. (2004)

BILAGA 2

SAMMANSTÄLLNING AV ANALYSERADE ARTIKLAR

Författare, år, tidskrift	Kod	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Bosworth, H. B., Steinhausner, K. E., Orr, M., Lindquist, J. H., Grambow, S. C., & Oddone, E. Z. (2004) <i>Aging & Mental Health</i>	A	Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors	Att samla ihop patienter med hjärtsvikts beskrivning av livskvalitet och dess delar.	15 män, 47-82 år, där 10 befann sig i NYHA I-II och 5 befann sig i NYHA III-IV, intervjuades i fokusgrupper med semistrukturerade frågor och data som framkom analyserades med en kvalitativ metod.	5 domäner framkom. Dessa var symtom, rollförlust, affektiva svar, socialt stöd, strategier samt kompensation.
Brännström, M., Ekman, I., Boman, K., & Strandberg, G. (2007b) <i>Contemporary Nurse</i>	B	Narratives of a man with severe chronic heart failure and his wife in palliative advanced home care over 4.5-year period	Att belysa innebörden av pendlingar i livssituationen för en man med allvarlig kronisk hjärtsvikt, och hans fru, som befinner sig i palliativ avancerad hemsjukvård.	1 man och hans fru intervjuades med tjugosex intervjuer och data som framkom analyserades genom en fenomenologisk hermeneutisk metod.	4 teman framkom. Dessa var att leva det liv som man fått, anpassa sig och kämpa mot utmattning, lära sig att ta det goda med det onda - sträva efter att ha kontroll på det sviktande hjärtat samt finna mening i tillvaron med makan, andra och Gud.
Burström, M. Boman, K. Strandberg, G., & Brulin, C. (2007) <i>Vård i Norden</i>	C	Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenheter av att vara trygga och otrygga	Att beskriva vad trygghet innebär för män med hjärtsvikt.	7 män, vilka befann sig i NYHA II-III, intervjuades i fokusgrupper två gånger och data som framkom analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.	4 teman framkom. Dessa var tillit inför livet respektive fruktan inför döden, vara tillsammans respektive ensam i sitt beroende, kontrollera respektive tappa kontrollen över kroppen samt tilltro respektive misstro till vården och behandlingen.

<p>Costello, J-A., & Boblin, S. (2004)</p> <p><i>Canadian Journal of Cardiovascular Nursing</i></p>	D	<p>What is the experience of men and women with congestive heart failure</p>	<p>Att utforska erfarenheter män och kvinnor med hjärtsvikt upplever.</p>	<p>3 män och 3 kvinnor med hjärtsvikt, som befann sig i grad NYHA III-IV, över 30 år gamla, samt närstående till dessa, intervjuades genom semistrukturerade frågor och data som framkom analyserades med en kvalitativ metod.</p>	<p>13 teman framkom. Dessa var att vara en börda för andra, frustration, förlust, acceptans, framtidstro, utmattning, upprätthållelse av självständighet, rädsla, fysiska symtom, kunskapsbrist, isolering, depression, chock och misstro.</p>
<p>Europe, E., & Tyni-Lenné, R. (2004)</p> <p><i>Heart & Lung</i></p>	E	<p>Qualitative analysis of the male experience of heart failure</p>	<p>Att genom patientens perspektiv få insikt hur det är att leva med medelsvår hjärtsvikt.</p>	<p>20 män i åldrarna 43-73 år med NYHA II-III intervjuades med öppna frågor och data som framkom analyserades med en induktiv kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>2 huvudteman framkom. Dessa var konsekvenser av sjukdomen och anpassning till sjukdomen.</p> <p>Subtema till konsekvenser var, fysiska, emotionella, kognitiva, sociala, yrkesrelaterade och tankar om döden.</p> <p>Subtema till anpassning var, ändra livsstil, medvetenhet om sin fysiska funktion, utveckla psykologiska strategier samt anpassa sig till medicineringen.</p>
<p>Evangelista, L. S., Kawaga-Singer, M., & Dracup, K. (2001)</p> <p><i>Heart & Lung</i></p>	F	<p>Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure</p>	<p>Att fastställa om könsskillnader finns i hälsoupplevelser, psykosocial anpassning till sjukdom samt angelägenheter relaterade till sjukdom hos patienter med hjärtsvikt.</p>	<p>16 män och 16 kvinnor på en öppenvårds klinik för hjärtsvikt fyllde i ett standardformulär där hälsoupplevelse och psykosocial anpassning skattades. Data som framkom analyserades deskriptivt komparativt. Personerna intervjuades sedan med öppna frågor och data som framkom analyserades med en innehållsanalys.</p>	<p>4 huvudteman framkom. Dessa var fysisk försvagning, rollbegränsningar, förlust och emotionell börda.</p> <p>Det kvalitativa resultatet visade signifikant bättre värden i hälsoupplevelse och mening med sjukdomen hos kvinnor.</p>

<p>Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008)</p> <p><i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i></p>	G	<p>The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure</p>	<p>Att belysa upplevelsen av utmattning hos äldre kvinnor med hjärtsvikt.</p>	<p>10 kvinnor i åldrarna 75-89 år intervjuades med en explorativ beskrivande design och data som framkom analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>2 teman framkom. Dessa var att leva med förlust av fysisk energi samt att under en medvetenhet kring försämrad hälsa sträva mot självständighet. Det framkom 3 subteman till det första temat vilka var upplevelse av en signifikant närvaro av svaghet och kroppsliga upplevelser, upplevelse av oförutsägbara variationer i fysisk förmåga samt behovet av hjälp från andra i vardagen. Till det andra temat framkom 2 subteman. Dessa var erkännandet av sina kvarvarande förmågor samt att tvingas göra en omställning samt kämpa mot självständighet.</p>
<p>Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008a)</p> <p><i>International Journal of Quantitative Studies on Health and Well-being</i></p>	H	<p>Safety and understanding: Support as experienced by women living with heart failure in middle age</p>	<p>Att uppdaga meningen av fenomenet stöd som medelålders kvinnor med hjärtsvikt upplever.</p>	<p>6 kvinnor i åldrarna 33-61 år intervjuades med öppna frågor och data som framkom analyserades med en reflekterande livsvärldsanalys baserad på fenomenologi.</p>	<p>4 teman framkom. Dessa var kunskap och förståelse, hitta balans, tvetydighet i relationer samt stöd och formell vård - en fråga om tillit eller misstro.</p>
<p>Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008b)</p> <p><i>International Journal of Nursing Studies</i></p>	I	<p>Support as experienced by men living with heart failure in middle age: A phenomenological study</p>	<p>Att uppdaga och beskriva meningen av fenomenet stöd som medelålders män med hjärtsvikt upplever.</p>	<p>9 män i åldrarna 49-64 år intervjuades med öppna frågor och data som framkom analyserades med en reflekterande livsvärldsanalys baserad på fenomenologi.</p>	<p>4 teman framkom. Dessa var stöd- en bräcklig säkerhet, medicinering - ett stöd för liv, villkorligt stöd inom formella vården samt information och kunskap.</p>

<p>Paton, B., Backlund, J., Barnes, M., & Thirsk, L. (2007)</p> <p><i>Canadian Journal of Cardiovascular Nursing</i></p>	<p>J</p>	<p>Recalibrating time and space: Women's challenges of living with heart failure</p>	<p>Att belysa dagliga utmaningar hos kvinnor som lever i samhället med hjärtsvikt samt hur de gör dessa utmaningar förståeliga och hur de tar sig igenom dem.</p>	<p>7 kvinnor i åldrarna 47-75 år intervjuades och tolkades genom hermeneutisk metod.</p>	<p>3 teman framkom. Dessa var att anpassa sig till den nya situationen som en kognitiv och insiktsfull process, balansera mellan önskningar, hopp, fantasi och realitet samt att erkänna förlust för att kunna uthärda ovissheten.</p>
<p>Rhodes, D. I., & Bowles, C. L. (2002)</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>K</p>	<p>Heart failure and its impact on older women's lives</p>	<p>Att undersöka och beskriva upplevelsen kvinnor har av att leva med hjärtsvikt.</p>	<p>5 kvinnor i åldrarna 60-90 år med hjärtsvikt av NYHA-grad II intervjuades med semistrukturerade frågor och data som framkom analyserades genom en kvalitativ fenomenologisk metod.</p>	<p>4 huvudteman framkom. Dessa var erkännande av förluster i deras liv, acceptans av förlusterna, förändring av deras liv samt fördjupade relationer.</p>
<p>Sadala, M. L., & Stolf, N. A. (2008)</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p>	<p>L</p>	<p>Heart transplantation experiences: a phenomenological approach</p>	<p>Att förstå upplevelsen av hjärtrtransplantation baserat på patienters upplevelser.</p>	<p>26 patienter i åldrarna 15-71 år med hjärtsvikt intervjuades och data som framkom analyserades genom en fenomenologisk reduktion, analys och tolkning.</p> <p>6 män och 2 kvinnor förekom i avsnittet "att leva med hjärtsvikt".</p>	<p>3 teman framkom. Dessa var att leva med hjärtsvikt, donatorer, familj och vårdgivare samt hur livet var efter hjärtrtransplantation.</p>

BILAGA 3

RESULTATMATRIS

Huvudtema	Subtema	Kategori
Negativa känslor vid hjärtsvikt	Utåtriktade känslor	Frustration
		Irritation
		Ilcka
	Känslor framkallade av hot	Rädsla
		Plåga
		Vånda
		Tillitsbrist
		Ängest
	Känslor framkallade av skuld	
	Känslor av saknad	Förlust
		Ensamhet
		Övergivenhet
		Ledsamhet
	Känslor inför det okända	Osäkerhet
		Ovisshet
		Oro
		Chock och förvåning
	Känslor kring beroende	Maktlöshet
		Förödmjukelse
		Besvikelse och motgång
Dåligt självförtroende		
Tvivel		
Obehagskänslor		
Hopplöshet		
Positiva känslor vid hjärtsvikt	Känslor kring uppskattning av livet	Gemenskap
		Religion och tro
		Mening
		Acceptans
		Inre styrka
		Glädje
		Tillfredställelse
	Känslor kring säkerhet	Trygghet
		Tillit
	Positiva känslor om framtiden	Tröst
Hopp		