



EXAMENSARBETE  
GRUNDNIVÅ  
Hösten 2011  
Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Sjuksköterskeprogrammet  
Omvårdnad 15 Hp

# Det sviktande hjärtat

Författare

Linda Larsson

Annika Paulsson

Handledare

Marie Rask

Examinator

Lars Axelsson

**Högskolan Kristianstad | [www.hkr.se](http://www.hkr.se)**

# Det sviktande hjärtat

Författare: Linda Larsson, Annika Paulsson

Handledare: Marie Rask

Litteraturstudie

Datum: 2012-01-20

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som blir allt vanligare i västvärlden, underliggande hjärt- och kärlsjukdomar är ofta bidragande orsaker till att hjärtsvikt uppstår. Sjukdomen har en allvarlig påverkan på kroppen och gör att personers hälsa sätts ur balans. **Syfte:** Syftet var att belysa upplevelser av att leva med diagnostiserad hjärtsvikt med minst NYHA II. **Metod:** En litteraturstudie har gjorts och baserats på 13 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Personer med hjärtsvikt upplever fysisk, social och psykisk påverkan på livet på grund av sjukdomen. Det väcker känslor av ilska, frustration och ångest. Personerna har ofta behov av att göra livstilsförändringar som påverkar deras sociala nätverk negativt och skapar känslor av ensamhet och sorg. Många funderar mycket på framtiden och hur familjesituationen kan komma att förändras. **Diskussion:** Fynden som diskuteras är den fysiska påverkan, osäkerheten inför framtiden och hur familj- och närstående relationerna kan förändras. **Slutord:** Som sjuksköterska och andra yrkesgrupper inom vården är det viktigt att ha förståelse för vilka känslor som personer med hjärtsvikt har och upplever. Genom att förstå vilka fysiska begränsningar personerna har och vilka upplevelser det skapar, kan omvårdnadsarbetet underlättas.

Nyckelord: Hjärtsvikt, patient, upplevelser och vardagslivet

# The failing heart

Author: Linda Larsson, Annika Paulsson

Supervisor: Marie Rask

Literature review

Date: 2012-01-20

## Abstract

**Background:** Heart failure is a chronic disease that is becoming increasingly more common in the Western civilization, where the underlying cardiovascular diseases often are contributing factors to the occurrence of heart failure. The disease has a serious impact on the body and makes health out of balance. **Aim:** The aim was to highlight experiences of living with diagnosed heart failure graded at least as NYHA II.

**Methods:** A literature review has been made based on 13 scientific articles. **Results:** People's experiences of living with heart failure are physical, social and psychological impact on life due to the disease. It arouses feelings of anger, frustration and anxiety. People often need to make lifestyle changes that affect their social networks negatively and this creates feelings of loneliness and sadness. Many think a lot about the future and how the family situation may change. **Discussion:** The findings which have been discussed are the physical impact, uncertainty about the future and how family and close relationships can change. **Conclusion:** As a nurse and other professionals in health care it's important to understand the feelings that people with heart failure have. By understanding the physical limitations and the experiences it creates, nursing work might become easier.

**Keywords:** Heart failure, patient, experiences and daily life

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Design .....	7
Datainsamling och urval .....	7
Genomförande.....	7
Etiska överväganden och undersökningens betydelse .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
Upplevelser av förlust.....	9
Negativa tankar och upplevelser inför framtiden .....	11
Positiva tankar och upplevelser .....	11
Behov av stöd från omgivningen .....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>13</b>
Metoddiskussion .....	13
Resultatdiskussion.....	15
<b>SLUTORD</b> .....	<b>18</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>19</b>

Bilaga 1 Sökschema för databaserad artikelsökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Röda Korsets Granskningsmall

## BAKGRUND

I Sverige finns drygt 200 000 personer som lider av hjärtsvikt. Troligen lever lika många med latent hjärtsvikt, det vill säga att lika många människor inte vet att de har ett sviktande hjärta (Hjärt- Lungfonden, 2011). Kostnaderna för hjärtsviktsvården uppskattas till ca 4,5 miljarder kronor per år, vilket är relaterat till att individer som drabbas av sjukdomen ofta får ett ökat behov av sjukhusvård. I Sverige är hjärtsvikt vanligaste orsaken till sjukhusinläggningar hos patienter över 65 år. Trots medicinsk behandling och god omvårdnad är prognosen dålig, vilket innebär att många människor dör i förtid (Hjärt- Lungfonden, 2010; Socialstyrelsen, 2008). Incidensen för hjärtsvikt är högre hos män än kvinnor. Dock är prevalensen lika hög hos båda könen eftersom kvinnor överlever längre med sjukdomen (Dahlström, Edner, Alehagen & Jonsson, 2009). Hjärtsvikt blir allt vanligare i västvärlden och anledningen till ökningen är bland annat förlängd medellivslängd men även att allt fler människor överlever en hjärtinfarkt. Följden av en infarkt medför ofta bestående skador på hjärtmuskulaturen vilket kan leda till hjärtsvikt (Hjärt- Lungfonden, 2011).

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som innebär att hjärtat inte längre har kraft att pumpa runt blodet i kroppen, vilket leder till syrebrist i organ och vävnader (Purcell & Poole-Wilson, 1999). Symtomen varierar men vanligast är andnöd, muntorrhet, sömnsvårigheter, bröstsmärtor samt viktproblem (Bliderman, Homel, Billings, Portenoy & Tennstedt, 2008; Zambroski, Moser, Bhat & Ziegler, 2005). Ödem är även ett vanligt symptom som orsakas av blodstockning och gör att vätska pressas ut i lungor och perifer vävnad. Sjukdomen kräver ofta akut sjukhusvård. Underliggande hjärt- och kärlsjukdomar som högt blodtryck, hjärtinfarkt, olika typer av klaffel och hjärtmuskelsjukdomar är bland annat orsaker till att hjärtsvikt uppstår (Purcell & Poole-Wilson, 1999).

För att benämna olika utvecklingsstadier av hjärtsvikt används vanligen en klassificeringsskala skapad av New York Heart Association (NYHA). Skalan baseras på fysisk förmåga samt begränsningar hos individer med hjärtsvikt och är indelad i fyra olika funktionsklasser (Bennett, Riegel, Bittner & Nichols, 2002). NYHA I innebär nedsatt hjärtfunktion utan symptom, vilket är jämförbart med latent hjärtsvikt. Personer som har lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid måttlig ansträngning

klassificeras som NYHA II. Medelsvår hjärtsvikt graderas som NYHA III och innebär att personerna har symtom som andfåddhet och trötthet vid lätt aktivitet. NYHA IV innebär svår hjärtsvikt med påtagliga symtom redan i vila. Skalan är inte exakt men ger ett ungefärligt mått på hur personer med hjärtsvikt klarar sin vardag (a.a).

När en individ drabbas av en kronisk sjukdom sker förändringar i livsprocessen, som kan leda till begränsningar i livet och känslor av bristfällighet (Öhman, Söderberg & Lundman, 2003). Vardagliga sysslor kan plötsligt vara ett hinder istället för en självklarhet, vilket kan innebära att individen måste anpassa sig efter kroppens begränsningar. Det kan leda till att den sjukdomsdrabbades sociala liv påverkas negativt. När en stor omställning sker i livet ändras ofta en persons syn på hälsa. Sjukdom inverkar på en persons livshistoria. Hur individen upplever sjukdomen speglas av tidigare erfarenheter samt förhoppningar och drömmar om framtiden (a.a).

Påverkan av den naturliga livsprocessen och personliga hälso- respektive sjukdomsupplevelser blir framför allt märkbara vid övergången mellan hälsa och sjukdom. I friskt tillstånd finner människor ofta en känsla av helhet och känslan kan lätt förloras om sjukdom uppstår. En frisk person reflekterar således inte över sin friskhet, vilket är skillnaden vid sjukdom då tankar och upplevelserna istället relateras till tidigare välbefinnande (Birkler, 2007). En benämning för att en person upplever hälsa är till exempel livskvalité, vilket innebär fysiskt, socialt och psykiskt välbefinnande. När välbefinnandet rubbas kan en persons livskvalitet påverkas och känslor av ohälsa kan uppstå (Öhman et al. 2003). För att förstå individuella sjukdomsupplevelser kan därför aldrig sjukdom och individ skiljas åt. Upplevelser av sjukdom är således personliga känslor och är olika från individ till individ (Birkler, 2007).

## **SYFTE**

Syftet var att belysa upplevelser av att leva med diagnostiserad hjärtsvikt med minst NYHA II.

## METOD

### *Design*

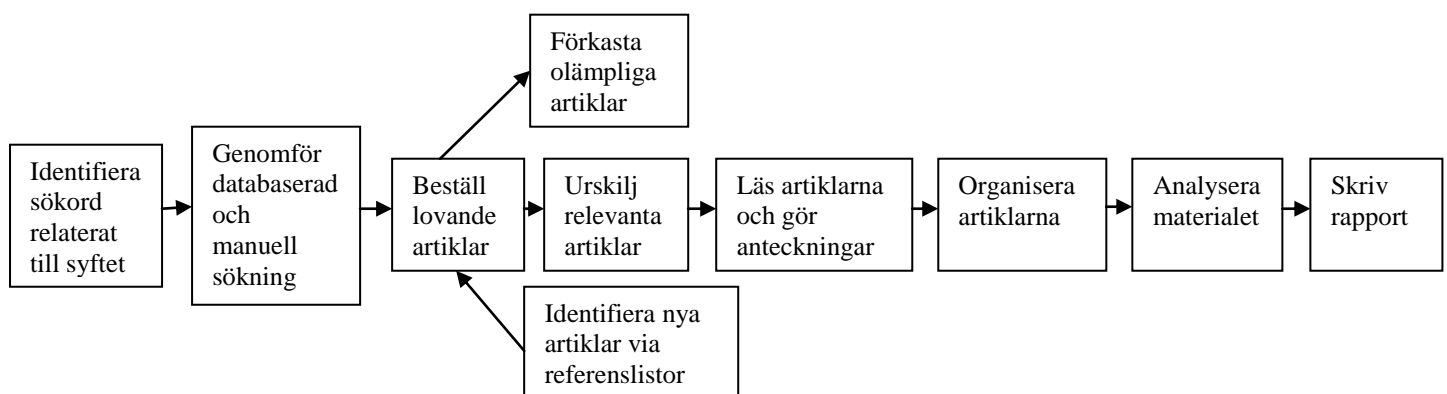
Enligt Polit och Becks (2012) riktlinjer för litteraturstudier har en allmän litteraturstudie genomförts och baserats på kvalitativa vetenskapliga artiklar.

### *Datainsamling och urval*

Databaserna Cinahl, PubMed och PsycInfo samt manuella sökningar användes vid artikelsökning. Centrala sökord var *heart failure*, *experience\** och *qualitative* i olika kombinationer tillsammans med relaterade ord som: *quality of life*, *patient\**, *daily life*, *living*, *future*, *interview*, *qualitative data* och *qualitative study*, vilka visas i sökschemat (bilaga 1). I enlighet med Östlundhs (2006) instruktioner var avgränsningarna vid sökningarna Peer Review, human, engelskt eller svenskt språk samt en tidsbegränsning på tio år. Booleska operatörerna AND och OR användes även. Enligt Polit och Becks (2010) anvisningar om inklusions- och exklusionskriterier, inkluderades artiklar som berörde människor från 18år och äldre. Artiklar som var åldersspecifika, berörde och undersökte andra sjukdomar parallellt med hjärtsvikt exkluderades (a.a). Artikelsökningen resulterade i 13 artiklar som sedan användes till studiens resultat. Artiklarna presenteras i artikelöversikten (bilaga 2).

### *Genomförande*

Studien genomfördes enligt Polit och Becks (2010) schematiska bild (Figur 1).



Figur 1. Flödesschema över faser i genomförandet av litteraturstudie. Fritt översatt efter Polit och Beck (2010, s.172).

Utifrån studiens syfte togs sökord fram och med hjälp av orden gjordes sedan artikelsökningar i olika databaser. Även manuella sökningar gjordes utifrån artiklars referenslistor för att utöka resultatet. För att hitta artiklar som svarade till syftet lästes titel och abstract. Artiklarna som inte fanns i fulltext beställdes. I enlighet Polit och Becks (2010) anvisningar lästes och granskades artiklarna som inkluderats med hjälp av Röda Korsets granskningsmall (bilaga 3) för att göra en bedömning av artiklarnas kvalitet. Utifrån mallen bedömdes kvalitén med god- till mycket god kvalitet. Sedan gjordes en artikelöversikt för att överskådligt kunna se vilka artiklar som ingått i studien. Vid analys av resultatet togs inspiration från Graneheim och Lundman (2004) beskrivningar om innehållsanalys. Resultatet i de valda artiklarna lästes och meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte identifierades. Meningsbärande enheter kondenserades och koder bildades. Koderna jämfördes och delades in i olika grupper och kategorier skapades (a.a).

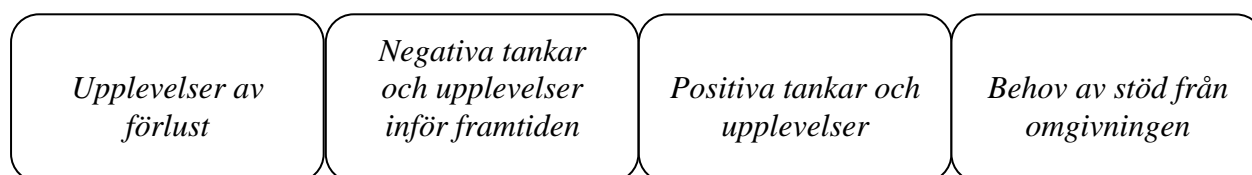
### *Etiska överväganden och undersökningens betydelse*

Artiklarna som ingick i studien skulle vara granskade av en etisk kommitté eller uppfylla forskningsetiska principer för att få inkluderas i studiens resultat. Enligt Stryhns (2007) anvisningar om autonomi-, icke- skada -, godhets-, och rättvisepincipen skulle artiklarna även utgå från ett relevant syfte som tog hänsyn till principerna.

Förförståelse var att det fanns ett stort behov av fortsatta studier inom ämnet. Eftersom författarna förmodade att personer med hjärtsvikt upplever bland annat frustration, känner sig handikappade i vardagslivet och har dödsångest. Förförståelse är något som har funnits i åtanke under studiens gång för att försöka skapa ett rättvist resultat.

## **RESULTAT**

Fyra kategorier framkom i litteraturstudien som beskriver upplevelser av att leva med hjärtsvikt:





## *Upplevelser av förlust*

Nedsatt fysisk kapacitet är en stor bidragande orsak till att personer med hjärtsvikt upplever förlust (Horne & Payne, 2004; Thornhills, Lyons, Nouwen & Lip, 2008). Brist på energi skapar oförmåga att engagera sig. Gå upp för trappor, klä på sig, sköta sin hygien, röra sig obehindrat och bädda sängen har tidigare varit en del i vardagen men är för många inte längre en självklarhet. En del personer kan inte ens lämna sitt boende längre på grund av sina symtom (a.a). Det upplevs jobbigt att inte kunna utföra vardagliga sysslor, vilket skapar känslor som sorg och genans (Europe & Tyni-Lenne, 2004).

*”Sometimes I become sad because I want to do more. At least when I think that I can’t do anything, almost nothing!” (Phil, Fridlund & Mårtensson. 2010, s.7).*

När den fysiska förmågan minskar tar vardagliga aktiviteter längre tid (Falk, Wahn & Lidell, 2007b; Phil et al. 2011). Förlust av betydelsefulla saker i livet som till exempel att inte kunna köra bil, förlorad sexuell förmåga samt minnesförlust är för många ett faktum (Bosworth, Steinhauser, Orr, Lindquist, Grambow, & Oddone, 2004; Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel & Arnold, 2008). Den fysiologiska påverkan som hjärtsvikt har på kroppen skapar problem med minnet och den kognitiva förmågan (Bosworth et al. 2004; Europe & Tyni-Lenne, 2004). Förlust av den fysiska styrkan skapar konstant trötthet (Horne & Payne, 2004), vilket innebär att aktiviteter måste ske långsammare eller göras på annat sätt (Phil et al. 2011). Således upplever personer med hjärtsvikt förlust av många aspekter i det vardagliga livet och det innebär för många att livsstilsförändringar behöver göras. Förändringar kring till exempel mat och dryck, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och stress är av vikt (Europe & Tyni-Lenne, 2004). Situationer som uppstår i vardagen som fysisk utmattning, restriktioner kring vätskeintag, och andningsbesvär gör att livet upplevs mindre värdefullt (Thornhill et al. 2008; Zambroski, 2003). Frustration och irritation skapas ofta av den fysiska begränsningen (Ryan & Farrelly, 2009) och problem med andningen skapar rädsla för att gå till sängs samt att vistas ensam (Bosworth et al. 2004; Ryan & Farrelly, 2009). Upplevelser som skapas av fysiska förluster gör att personer med hjärtsvikt känner sig ledsna, ångerfulla och värdelösa (Ryan & Farrelly, 2009; Thornhill et al. 2008).

*”I’m 54 years old – still young – and when I see 70 yr olds walking the street and passing me by I feel like a right ejit (idiot) – they’re flying up the street and I’m crawling up it” (Ryan & Farrelly, 2009, s.227).*

Personer som lever med hjärtsvikt upplever även förlust av sin sociala roll i vardagen samt att deras roll som arbetskamrat, familjemedlem och vän påverkas negativt (Phil et al. 2011). Det blir svårt att hålla kontakten med arbetskamrater med tanke på att sjukdomen orsakar att många personer inte längre kan arbeta (Horne & Payne, 2004; Thornhill et al. 2008). Förlust av arbete upplevs jobbigt och många känner sig olyckliga (Europe & Tyni-Lenne, 2004; Thornhill et al. 2008) Det har även en negativ påverkan på den sociala livskvalitén att inte längre kunna arbeta (Bosworth et al. 2004). Sociala kontakter med familjen och vänner kan också påverkas på grund av begränsad ork. Minskade sociala relationer upplevs som isolering från omvärlden och skapar känslor av ensamhet (Horne & Payne, 2004; Thornhill et al. 2008). Personer med hjärtsvikt upplever svårigheter att behålla sitt sociala liv (Europe & Tyni-Lenne, 2004). Olika aktiviteter och intressen som medfört socialt umgänge med andra människor kan på grund av sjukdomssymtomen behöva avslutas (Phil et al. 2011). Relationen till barn och barnbarn kan också påverkas, vilket många känner sig ledsna över (Thornhill et al. 2008). Vid minskad sexuell förmåga hos den sjukdomsdrabbade kan även relationen mellan partners påverkas negativt (Europe & Tyni-Lenne, 2004).

*“We still share the bedroom but I can’t demand that my wife should live in celibacy the rest of her life.” (Europe & Tyni-Lenne, 2004, s.229).*

Även förlust av självrespekt, självförtroende och självkänsla är upplevelser som många har (Horne & Payne, 2004; Thornhill et al. 2008). Förlorat självförtroende skapar bland annat känslor av att vara värdelös, vilket gör att de värderar sig själva som skräp (Horne & Payne, 2004).

*” I was not the same person, everybody in my family said that I was a different person, I was more inwardly, and that has changed and that hasn’t come back...yet (female, 35years)” (Thornhill et al. 2008, s.164).*

### *Negativa tankar och upplevelser inför framtiden*

Känslor som bitterhet och tomhet uppstår ofta hos personer som drabbats av hjärtsvikt. Det skapar ångest, nervositet och rädsla inför vad som kan hända i framtiden (Morrow, 2010; Europe & Tyni-Lenne, 2004). Nedstämdhet och psykisk påfrestning har negativt inflytande på livet (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009). Det i sin tur skapar känslor av att livet som en gång varit är förlorat, livet är slut, vilket gör att många känner sig fångslade i sjukdomen (Horne & Payne, 2004; Thornhill et al. 2008). Det finns oro och rädsla inför döden (Horne & Payne, 2004) och även en osäkerhet hur länge livet kommer att fortsätta, vilket väcker känslor av oförmåga att planera inför framtiden (Dougherty, Pyper, Au, Levy, & Sullivan, 2007).

*“You live day by day. Like I said, I don’t by any season’s tickets or anything like that, but I don’t think about a future because I don’t think I have one.”*  
(Dougherty et al. 2007, s.485).

Många tänker på döden dagligen och känner sig inte redo att sluta leva (Dougherty et al. 2007; Horne & Payne, 2004). Andra känner sig redo för att dö men kan ha rädsla för att känna smärta i livets slutskede (Dougherty et al. 2007). Upplevelser av hopplöshet och att livet står stilla är vanliga negativa tankar hos personer med hjärtsvikt (Ryan & Farrelly, 2009). Det finns inga garantier för hur länge en person med hjärtsvikt kan leva, vilket skapar destruktiva funderingar kring hur deras framtid kommer att se ut. Därav upplever personerna att information om hur deras framtid kan förändras är bristfällig från sjukvårdspersonalen sida (Dougherty et al. 2007). Det finns svårigheter att acceptera sjukdomen (Thornhill et al. 2008). Ofta finns funderingar kring vad som kommer att bli nästa steg i sjukdomsutvecklingen, där rädslan för att drabbas av en hjärtinfarkt finns (Bosworth et al. 2004; Horne & Payne, 2004).

### *Positiva tankar och upplevelser*

Att drabbas av hjärtsvikt innebär inte bara negativa känslor utan kan även innebära nytänkande inför framtiden (Falk et al. 2007b; Zambroski, 2003). En del personer upplever att livet har blivit bättre med tanke på livsstilsförändringar som tvingats göras. Andra anser att turen har funnits på deras sida och att det kunde varit värre, vilket för stunden skapar känslor av tillfredsställelse med livet (Thornhill et al. 2008).

*“I’m alive, and that is the main thing.”* (Europe & Tyni-Lenne 2004, s.232).

En god planering av vardagliga aktiviteter gör att en del personer klarar av vardagen trots nedsatt kapacitet, vilket ökar acceptansen för sjukdomen (Morrow, 2010; Phil et al. 2011). Personer som accepterar sjukdomen finner lättare framtidshopp än andra (Costello & Boblin, 2004). Sociala relationer är viktiga och betyder mycket för personer med hjärtsvikt. Det ökar livsglädjen och ger energi. Känslan av att vara glada och hälsosamma gör det lättare för personerna att behålla sin identitet och leva vidare som tidigare. Det gör att personerna inte alltid känner sig lika sjuka som de egentligen är, vilket berikar deras liv och skapar mer optimistiska tankar inför framtiden (Falk et al. 2007b; Thornhill et al. 2008). Personer som ser på sin hjärtsvikt ur ett mer positivt perspektiv har ofta mer förhoppningar inför framtiden (Heo et al. 2009). Det handlar bland annat om en önskan om fler år att leva och att symtomen inte förvärras samt hopp om att ett botemedel mot sjukdomen ska upptäckas (Dougherty et al. 2007). Ofta finns en strävan efter att klara av utmaningar som att kunna röra sig obehindrat men även efter att skapa välmående och lugn. Det finns även ambitioner att känna sig säkert med tillvaron och att skapa frihet från smärta. Personerna som håller modet uppe anser att livet inte stannar upp trots sjukdom (Horne & Payne, 2004; Zambroski, 2003).

### ***Behov av stöd från omgivningen***

Personer med hjärtsvikt känner ett beroende av familj, vänner, grannar och vården på grund av deras ofta försämrade tillstånd (Bosworth et al. 2004; Phil et al. 2011). Familjen har en positiv inverkan vilket gör att den sjuke upplever glädje, uppmuntran och känslor av trygghet (Thornhill et al. 2008). För en del känns det även naturligt att det är familjen som hjälper dem i hemmet och med omvårdnaden (Phil et al. 2011). Dock är det för många viktigt att kunna göra vardagliga sysslor själv. Familjen vill gärna ställa upp, vilket kan leda till att den sjukdomsdrabbade känner sig kvävd och upplever familj och närstående som överbeskyddande (Thornhill et al. 2008). Personerna är samtidigt tacksamma för att få hjälp men känslan av att vara beroende skapar negativa känslor och upplevelser av att inte kunna göra något längre. Känslor av att vara mindre självständiga uppstår samt skuld över att vara en börda för familj och närstående, vilket även upplevs begränsa deras anhörigas liv (Costello & Boblin, 2004; Morrow, 2010).

*”She [wife] works all the time because I can’t work, so that makes me feel guilty.” (Bosworth et al. 2004, s.87).*

Det upplevs jobbigt att få hjälp i hemmet med till exempel städning och inhandling eftersom det skapar känslor av att vara till besvär (Falk et al. 2007b; Horne & Payne, 2004). En del personer med hjärtsvikt upplever även att familj och vänner inte alltid förstår hur pass sjuka de egentligen är (Bosworth et al. 2004; Thornhill et al. 2008).

Även inom vården känner sig personer med hjärtsvikt sig till besvär samtidigt som behovet av hjälp finns (Ryan & Farrelly, 2009; Zambroski, 2003). Sjukhuset kan upplevas som ett fängelse och en del kopplar inte sjukhus med trygghet och lugn miljö. Sjukhusvistelsen kan även upplevas som en smärtsam process, eftersom känslor av att inte kunna kontrollera situationen uppstår (Ryan & Farrelly, 2009; Zambroski, 2003). En del personer upplever att sjukvårdspersonalen tvivlar på deras behov av hjälp och några anser sig slösa personalens tid (Ryan & Farrelly, 2009).

## **DISKUSSION**

### *Metoddiskussion*

En litteraturstudie har genomförts och baserats på kvalitativa vetenskapliga artiklar. Studiens utgångspunkt var att beskriva upplevelser och enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) ger intervjustudier bättre närhet och djup av personupplevelser. Vid intervjustudier är det viktigt att få en förståelse för deltagarnas livshistoria för att kunna förstå deras upplevelser, vilket inte är möjligt vid kvantitativ forskning (a.a). Därav har inte kvantitativa artiklar svarat till studiens syfte.

Mycket forskning finns om hjärt- och kärlsjukdomar vilket har för- och nackdelar för studien. Fördelarna är att det finns mycket vetenskaplig litteratur att hitta. Nackdelarna är att mycket forskning redan gjorts relaterat till syfte, vilket gör att artiklar kan ha missats. För att minska materialet valde författarna att exkludera artiklar som var åldersspecifika. Tanken med studien var att få en helhetssyn över vilka upplevelser som framkommer vid hjärtsvikt. Därför ansåg författarna att åldersspecifika artiklar kunde rikta materialet mot en specifik åldersgrupp och inte ge en generell bild av hjärtsvikt. Dock anser författarna att det är en svaghet i studien, eftersom även åldersspecifika artiklar kunde använts för att beskriva personupplevelser vid

hjärtsvikt. Om en liknande studie hade gjorts hade syftet kunnat inriktas på personer inom en viss ålderskategori.

Olika sökord har använts för att hitta artiklar och med stöd av Östlundh (2006) har trunkering använts för att skapa möjlighet till olika sökvägar. Sökord som testades men inte gav något användbart resultat var: *impact, health related, male, female, women, man, symptom, NYHA II, NYHA III, NYHA IV, life satisfaction och feeling*. Med stöd av Polit och Becks (2010) anvisningar provades även MeSH- termer för att skapa synonymer på sökorden. Dock gav inte heller MeSH-termerna något brukbart resultat vid databassökningarna men att olika söktekniker har använts anser författarna i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheims (2008) anvisningar styrker studiens tillförlitlighet. Tre databaser, Cinahl, PubMed och PsycInfo, användes och genererade elva artiklar som svarade till studiens syfte. Även manuella sökningar resulterade i två artiklar, vilket dock var ett litet resultat eftersom material mestadels hamnade utanför studiens tidsbegränsning. Tidsramen för artiklarnas publicitet var från 2001-2011 och hade med stöd av Polit och Becks (2010) anvisningar målet att generera nyast möjliga forskning. Det ses som en styrka att nyast möjliga forskning använts och att studien därför i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheims (2008) instruktioner har god överförbarhet till vårdpersonal som arbetar med patientkategorin som studien berör. Dock kan relevant litteratur även finnas längre bak i tiden som relatera väl till studiens syfte, som på grund av tidsbegränsningen inte har tagits med. Om tidsramen inte använts som begränsning hade eventuellt mer material kunnat hittas genom både manuella sökningar och databassökningar. Dock hade kanske inte överförbarheten varit lika god som när endast nyare forskning använts.

Engelska och svenska språket användes som begränsning vid artikelsökningarna, vilket förmodligen har gjort att många artiklar på andra språk missats. Artiklarna som sedan använts har varit skrivna på engelska, vilket inte är författarnas modersmål. Eventuellt kan analysprocessen ha påverkats vid översättning av de engelska artiklarna, för att feltolkningar kan ha gjorts som omedvetet berört resultatet. Dock anser författarna med stöd av Lundman och Hällgren Graneheims (2008) anvisningar att analysprocessen tillförlitlighet ökar trots eventuella språkliga feltolkningar. Dels eftersom artiklarnas resultat har lästs upprepade gånger men även att analysprocessen ifrågasatts och diskuterats, artiklarnas resultat har

kritiskt analyserats samt att författarnas förförståelse har funnits i åtanke under studiens gång. Analysprocessen anses således även svarat väl till studiens syfte och varje kategori har styrkts genom att citat har använts, vilket även stärker studiens trovärdighet enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskrivningar.

I enlighet Polit och Becks (2010) instruktioner om kvalitetsbedömning av artiklar har artikelgranskningen skett med hjälp av Röda Korsets granskningsmall. Utifrån mallen som innehåller många frågor kunde kvalitén av artiklarna bedömas vilket med stöd av Lundman och Hällgren Graneheims (2008) anvisningar gjort resultatet mer trovärdigt. Dock finns en svaghet med Röda Korsets granskningsmall eftersom den inte innehåller någon graderingsskala. Författarna har därför svarat på frågorna från mallen och sedan utifrån mallen bedömt kvalitén av artiklarna med god- till mycket god kvalitet, beroende på hur väl frågor har besvarats.

### *Resultatdiskussion*

Hjärtsvikt är en svår sjukdom som väcker blandade upplevelser. Centrala fynd som kommer diskuteras nedan är; den fysiska påverkan, osäkerheten inför framtiden och hur familjesituationen kan förändras.

Ett viktigt fynd som framkom i resultatet är att personer med hjärtsvikt upplever att deras fysiska förmåga påverkas och försämras på grund av sjukdomen, vilket inverkar på livet i allmänhet. Nedsatt fysisk förmåga upplevs ha inverkan på olika faktorer ur både fysiskt, socialt och psykiskt perspektiv (Horne & Payne, 2004; Thornhill et al. 2008). Ovanstående fynd styrker Falk, Granger, Swedberg och Ekmans (2007a) studie som beskriver att personer med hjärtsvikt upplever försämrad fysisk styrka och minskad motivation. Minskad fysisk ork har en påföljande negativ emotionell effekt, där känslor som sorg, ilska och irritation uttrycks. Det sociala livet och psykiska tillståndet hos personer med hjärtsvikt påverkas även och det väcker upplevelser av ensamhet och förlorad kontroll över livet (a.a). I likhet med andra kroniska sjukdomar är svaghet, smärta och utmattning i allmänhet vanliga fysiska påfrestningar som personer med kroniska sjukdomar utsätts för dagligen (Öhman et al. 2003). Det gör att livsprocessen påverkas, vilket gör att det behöver ske förändringar i det dagliga livet. Förlorad fysisk förmåga gör att många personer med kronisk sjukdom behöver leva ett mer restriktivt liv. Det leder till förändring i livet som varit och ofta krävs nytänkande inför

framtiden. Kroniskt sjuka upplever att fysiska påfrestningar som uppstår på grund av sjukdomen gör livet svårare att leva och att det framkallar lidande (a.a). Som sjuksköterska är det därför av vikt att ha förståelse för varje persons individuella upplevelser (Birlker, 2007). Det är även viktigt att som sjuksköterska ta hänsyn till att patientens - och sjuksköterskans värld skiljer sig åt. Det handlar inte om kunskapsnivån, utan det handlar om själva sjukdomsperspektivet. Sjuksköterskan har ofta ett teoretiskt perspektiv på sjukdomen medan patienten har direkta upplevelser av hur det är att leva med sjukdomen (a.a). I rollen som sjuksköterska anser författarna därför att det är betydelsefullt att skapa tillit till patienten och ge omvårdnad som tar hänsyn till individuella begränsningar och upplevelser av sjukdomen.

Nästa fynd är att personer med hjärtsvikt upplever osäkerhet inför framtiden. Vad som kommer att ske med sjukdomsutvecklingen och hur familjens framtid kommer att se ut är ett orosmoment (Horne & Payne, 2004; Ryan & Farrelly, 2009). Falks et al. (2007a) studie styrker att osäkerheten inför framtiden påverkar förmåga att planera inför framtiden (a.a). I en annan studie bekräftas att personer med hjärtsvikt upplever rädslan inför vad som kommer att hända i framtiden, vilket skapar känslor som frustration, aggressivitet och ångest (Selman et al. 2007). Tankar finns om hur deras liv skulle ha sett ut om hjärtsvikten aldrig hade uppstått (Falk et al. 2007a). Även tankar av hopplöshet uppkommer och om att livet aldrig kommer att bli bättre utan bara värre. Negativa känslor om framtiden leder till funderingar kring döden (a.a). I Gott, Small, Barnes, Payne & Seamarks (2008) studie beskrivs att andnöd väcker oro och ångest inför döden. När de fysiska symtomen är outhärdliga upplevs lidande och en längtan efter att få avsluta livet uppstår (a.a). Det är centralt för personer med kroniska sjukdomar att uppleva rädsla inför döden men även att ha en önskan om att få leva. Känslor av att livet är hotat uppstår när medvetenheten om att vara obotligt sjuk infinner sig (Öhman et al. 2003). Hotet förstärks sedan när personen i fråga får insikten om att många dör av sjukdomen. Det finns hela tiden en strävan mellan hopp och förtvivlan hos kroniskt sjuka. Hoppet om att ett mirakel ska ske finns, samtidigt som livet känns maktlöst och outhärdligt, vilket väcker önskningar om att livet borde ta slut. Det behövs psykisk styrka och envishet för att klara av att inte ge upp livet (a.a). För att personer med hjärtsvikt ska känna sig trygga är det därför viktigt att det finns en bra relation mellan patienten och sjuksköterskan. Sjuksköterskan ska erbjuda professionellt stöd utifrån yrkesrollen. Patienten ska kunna känna sig bekväm med att tala om sina upplevelser och tankar och genom en god kommunikation



kan sjuksköterskan få reda på vad som hindrar patientens hälsa (Hedelin, 2006). Det är individuellt för varje patient om döden ska diskuteras öppet men möjligheten ska finnas. Eftersom döden är en realistisk insyn om vad kroniska sjukdomar leder till (Sandman, 2001). Därför anser författarna att det är av vikt att som sjuksköterska beakta att patienten blir välinformerad och att patienten kan ta ställning till den omvårdnad och behandling som finns att tillgå.

Ett tredje fynd som framkom ur resultatet är att personer med hjärtsvikt upplever förändringar i familj- och närståenderelationen på grund av deras minskade fysiska och psykiska styrka (Phil et al. 2011). Förändringar i familjerelationen där familjemedlemmar behöver finnas som stöd i vardagen, minskar självförtroendet och ger känslor av vara till besvär (Horne & Payne, 2004; Thornhill et al. 2008). Fyndet styrks av Falks et al. (2007a) studie som beskriver att personer med hjärtsvikt uttrycker skuld-känslor över att inte ha ork till att utföra aktiviteter och vardagliga sysslor som omgivningen förväntar sig. När anhöriga inte har förståelse känner den sjukdomsdrabbade sig förolämpad, vilket påverkar den sociala relationen negativt (a.a). I en annan studie bekräftar att relationen mellan partners kan påverkas utav sexlivet, eftersom majoriteten som drabbas av hjärtsvikt har reducerad sexuell förmåga (Jaarsma, 2002). Likaväl styrks upplevelserna av att vara till besvär i Gotts et al. (2008) studie där personer beskrivit en önskan om att få dö i sitt hem men upplevelsen av att då orsaka sina anhöriga mer stress och arbete gör att personerna istället väljer någon typ av sjukhusinstans i livets slutskede. I Öhman et al. (2003) studie bekräftas betydelsen av den sociala rollen vid kronisk sjukdom. Känslan av att vara annorlunda och rädsla för att inte bli sedd som samma person som innan sjukdom är ett faktum. Det finns även en rädsla för att ta kontakt med nya människor, vilket kan skapa känslor av utanförskap. Känslor uppstår av att det inte finns någon att dela och lindra lidandet med. Kroniskt sjuka är beroende av närstående och vården för att kunna uppleva trygghet (a.a). I sjuksköterskans yrkesutövning är det därför av vikt att ha förståelse för mänskliga relationer. Varje individ är en del av helheten i familjen, där varje del påverkar varandra. Blir en familjemedlem sjuk påverkar det resterande familjemedlemmar och deras vardagsliv (Öquist, 2008). Som sjuksköterskor anser författarna därav att det är

viktigt att tillgodose sjuka människors omvårdnadsbehov samt deras behov av socialt stöd. För att skapa trygghet och minska oro utan att kränka deras integritet.

## **SLUTORD**

Upplevelserna som inträder när en person drabbas av hjärtsvikt är många och varierande, vilket beror på vart i livet personen befinner sig och vilka förväntningar på framtiden som finns. Symtomen och upplevelserna som skapas har även en stor betydelse och är sannolikt olika beroende på vilket klassificeringsnivå (NYHA) individen befinner sig på. Den fysiska påverkan väcker många upplevelser och kan göra livet svårt. Tanken med litteraturstudien var att sjuksköterskor och andra yrkeskategorier inom vården som möter personer med hjärtsvikt ska kunna få en inblick i hur individen kan uppleva sitt vardagliga liv och vilka upplevelser sjukdomen medför. Dels för att för att kunna bemöta varje patient individuellt men även för att kunna ge bästa möjliga vård och omvårdnad. Fortsatt forskning inom området är av vikt för att kunna lindra symtomen och för att skapa förståelse för de sjukdomsdrabbades reaktioner. Ett sätt hade varit att studera en viss åldersgrupp där studiedeltagarna har liknande symtom, för att kunna undersöka om det finns samband mellan ålder och symtom. Det hade även varit av interesse att studera personer som ingår under samma klassificeringsskala, till exempel NYHA III och då undersöka vilka upplevelser som sjukdomsstadiet medför.

## REFERENSER

\*= Resultat artiklar

Bennett, J.A., Riegel, B., Bittner, V. & Nichols, J. (2002). Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. *Heart & Lung: The journal of Acute and Critical Care*, 31(4), 262-270.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. (1 uppl.) Stockholm: Liber.

Blinderman, C.D., Homel, M.A.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 patient's perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. *Aging & Mental Health*, 8(1), 83-91.

\*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., Edner, M., Alehagen, U. & Jonsson, Å. (2009). *RiksSvikt Årsrapport 2009*. Från: [http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/index.php/publikationer/cat\\_view/24-publikationer/14-arsrapporter](http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/index.php/publikationer/cat_view/24-publikationer/14-arsrapporter).

\* Dougherty, C.M., Pyper, G.P., Au, D.H., Levy, W.C. & Sullivan, M.D. (2007). Drifting in a shrinking future: Living with advanced heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 480-487.

\* Europe, E. & Tyni-Lenne, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart & Lung*. 33(4), 227-234.

Falk, K., Granger, B.B., Swedberg, K. & Ekman, I. (2007a). Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1020-1027.

\*Falk, S., Wahn, A.K. & Lidell, E. (2007b). Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 6(3), 192-199.

Gott, M., Small, N., Barnes, S., Payne, S. & Seamark, D. (2008). Older people's views of a good death in heart failure: Implications for palliative care provision. *Social Science & Medicine*. 67(7), 1113-1121.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Hedelin, B. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa I: Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (red.) (2006). *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer*. (1 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

\*Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C. & Moser, D.K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart & Lung*, 38(2), 100-108.

Hjärt-Lungfonden, Svenska nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar (2010). *Hjärtrapporten 2010: En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden.

Hjärt-Lungfonden, Svenska nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar (2011). *Hjärtrapporten 2011: En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden.

\*Horne, G. & Payne, S. (2004). Removing the boundaries: Palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine*, 2004(18), 291-296.

Jaarsma, T. (2002). Sexual problems in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(1), 61-67.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

\*Morrow, M.R. (2010). Feeling unsure: A Universal Lived Experience. *Nursing science quarterly: Theory, research and practice*. 23(4), 315-325.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2 uppl.) Stockholm: Liber.

\*Phil, E., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2011). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; A phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25(1), 3-11.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7 uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9 uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Purcell, I.F & Poole-Wilson, P. (1999). Heart failure: Why and how to define it? *European Journal of Heart Failure*. 1(1), 7-10.

\*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

\*Ryan, M. & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 8(3), 223-231.

Sandman, L. (2001). *A good death: on the value of death and dying*. Göteborg : Univ., 2002. Göteborg.

Selman, L., Harding, R., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Hazeldine, C. et al. (2007) Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: "Let's hope it'll get better, when I know in my heart of hearts it won't. *Heart*. 93(8), 963-967.

Socialstyrelsen (2008). *Hjärtsvikt: Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

\*Thornhill, K., Lyons, A.C., Nouwen, A. & Lip, G.Y.P. (2008). Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 155-175.

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

Zambroski, C.H., Moser, D.K., Bhat, G. & Ziegler, C. (2005) Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 4(2005), 198-206.

Öhman, M., Söderberg, S. & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: the meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(4), 528-542.

Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*. (3uppl.) Stockholm: Gothia.

Östlundh, L. (2006). *Informationssökning. I*: Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
20111115	Pubmed	Living AB/TI AND Future AB/TI AND Heart failure AB/TI AND Experiences AB/TI	Inte äldre än tio år Språk svenska eller engelska	Abstract Title	5	Handlade enbart om anhörigas upplevelser eller var litteraturstudier	Drifting in a Shrinking Future Living With Advanced Heart Failure
20111115	Pubmed	Heart failure TI AND Living TI/AB AND Qualitative TI/AB AND Experience* TI/AB AND Interviews TI/AB	Inte äldre än tio år Språk svenska eller engelska	Abstract Title	16	Svarar inte mot syftet, inriktar sig mot anhöriga eller äldre eller fanns dem redan i materialet	Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure  Qualitative analysis of living with heart failure
20111115	Pubmed	Quality of life AB/TI AND Qualitative data AB/TI AND Heart failure AB/TI AND Patient* AB /TI	Inte äldre än tio år Språk svenska eller engelska	Abstract Title	3	Inriktar sig på äldre eller anhörigas upplevelser	Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients
20111115	Pubmed	Daily life AND Living AND qualitative study AB/TI, AND heart failure AB/TI	Inte äldre än tio år Språk svenska eller engelska	Abstract Title	8	Artiklarna handlade om andra sjukdomar eller anhöriga, var review studier ,	Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study.



						eller fanns de redan i materialet	Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study
20111116	PsycInfo	Heart failure AND patient* AND experience* OR quality of life AND qualitative	English, Peer Review, scholarly journals och 2001-2011	Fritext	36	Antingen svarade artiklarna inte till syftet, var litteraturstudier eller fanns dem redan i materialet. Några artiklar var åldersspecifika och några handlade om mer än bara hjärtsvikt.	Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors
20111116	Cinahl	Heart failure AND patient* AND experience* AND quality of life AND qualitative AND interview	Human , English, Peer Review och 2001-2011	Fritext	7	Antingen svarar artiklarna inte till syftet, eller fanns dem redan i materialet	Removing the boundaries: palliative care for patients' with heart failure  What is the experience of men and women with congestive heart failure?
20111122	Chinal	Heart failure AB AND Patient* AB AND Experience* AB AND Quality of life AB AND Qualitative AB	Human , English, Peer Review och 2001-2011	Abstract	4	Inriktade sig på kvinnor i medelåldern eller fanns dem redan i materialet	Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis

								They diagnosed bad heart": a qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

(1)= Manuell sökning

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Bosworth, H.B., Steinhauser, K.E., Orr, M., Lindquist, J.H., Grambow, S.C. & Oddone, E.Z.  England 2004	Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors	Att samla in beskrivningar från kroniskt sjuka hjärtsviktpatienter om olika komponenter av livskvalité	Diagnostiserad kronisk hjärtsvikt, besökt en medicinklinik minst en gång och ha en ejektionsfraktion på mindre än 40%  Strategiskt urval	Fokusgruppsintervjuer  Grounded theory	Tar upp symtom, olika förluster som patienterna går igenom, känslor kring hjärtsvikt och socialt stöd.	God kvalité
Costello, J-A. & Boblin, S.  Canada 2004	What is the experience of men and women with congestive heart failure?	Att undersöka vilka upplevelser män och kvinnor med kronisk hjärtsvikt har	Diagnostiserad hjärtsvikt med minst NYHA III eller IV och var 30år eller äldre. 6st  Stickprovsurval	Semistrukturerade intervjuer  Innehållsanalys	Tar upp bland annat framtids hopp, fysiska nedsättningar, rädsla, chock, isolering och acceptans.	Mycket god kvalité
Dougherty, C.M., Pyper, G.P., Au, D.H.,	Drifting in a shrinking future: living with advanced	Hur hjärtsviktpatienter ser på sin och planerar	Ha NYHA III eller IV, inga andra sjukdomar och inte vara hjärttransplanterad.	Halvstrukturerade intervjuer  Grounded theory	Om hjärtsviktpatienters framtid. Deras funderingar om döden och framtiden. Funderingar kring hur länge de kommer att leva och	Mycket god kvalitet

Levy, W.C. & Sullivan, M.D.  USA 2007	heart failure	inför sin framtid	21 år eller äldre samt kunna läsa, förstå och tala engelska 24 st  Slumpmässigturval		hoppet inför framtiden.	
(1)Europe, E. & Tyni-Lenne, R  Sverige 2004	Qualitative analysis of the male experience of heart failure	Att få insikt från patienternas perspektiv hur det är att leva med måttlig hjärtsvikt	Varit diagnostiserad med NYHA II eller III i mer än tre månader. 20 st	Intervjuer  Kvalitativ induktivanalys	Männen upplevde psykiska, fysiska och sociala problem som begränsar deras liv. Var oroliga över livet och döden. Den nedsatta sexuellförmågan upplevdes som ett stort hinder.	God kvalitet
Falk.S Wahn A.K Lidell E  Sverige 2007	Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study.	Beskriva hur personer med hjärtsvikt upplever bevarandet av det dagliga livet	Vara diagnostiserade med NYHA III eller IV, tala och förstår svenska 17 st  Bekvämlighetsurval	Halvstrukturerade intervjuer  Innehållsanalys	De försöker att leva ett så normalt liv som möjligt. Att daglig aktivitet underlättar senare i livet men tar lång tid att utföra. Lever på gamla minnen. Det uppstår tankar kring livet och sjukdomens påverkan. En del har fortfarande livsgnistan kvar medan andra tappat den.	Mycket god kvalitet
Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C. & Moser, D.K.  Canada 2009	Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients	Att utforska patienter med hjärtsvikts uppfattning av livskvalité	Diagnostiserad hjärtsvikt, minst NYHA II-IV och kunna prata engelska  Bekvämlighetsurval	Semistrukturerade intervjuer  Innehållsanalys	Handlar om livskvalité i förhållande till personer med hjärtsvikt. Personernas egna definition av livskvalité, deras hälsostatus, sociala faktorer, hälsorelaterade behov och uppfattning av faktorer som påverkar livskvalitén.	God kvalité

Horne, G. & Payne, S. England 2004	Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure	Att utforska hjärtsviktpatienters upplevelser och identifiera deras behov av palliativ vård	Hade en diagnostiserad hjärtsvikt med minst NYHA II bekräftat med EKG och var rekryterade av kardiolog eller kardiolog sjuksköterska.  Stickprovsurval	Semistrukturerade intervjuer  Grounded theory	Handlar om personer med uttalad hjärtsvikt om hur dem upplever sjukdomen, och hur det är att leva med sjukdomen.	Mycket god kvalitet
(1)Morrow, M.R. USA 2010	Feeling unsure: A Universal Lived Experience.	Tillämpningen av denna studie var att upptäcka strukturen i upplevelsen av att känna sig osäker	Vara 18 år eller äldre, ha diagnostiserad kronisk hjärtsvikt och vara engelsktalande  10 st  Strategiskt urval	Dialoger  Fenomenologisk-hermeneutisk analys	Att vara osäker skapar känslor som till exempel upprördhet. En stor osäkerhet inför framtiden finns även.	God kvalitet
Phil, E Fridlund B Mårtensson J. Sverige 2011	Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis	Att beskriva hur patienter med hjärtsvikt lider på grund av den fysiska begränsningen i det dagliga livet.	Diagnostiserad hjärtsvikt med NYHA II-IV, kunna tala och förstå svenska. Ej har några andra sjukdomar. 15 st  Bekvämlighetsurval	Intervjuer  Fenomenologisk analys	Hur livet tvingats ändras och att allt behöver planeras för att fungera. Att ha realistiska förväntningar inför framtiden, åldern sätter sina spår. Vissa har svårt att acceptera sjukdomen medan andra är nöjda med den kapacitet de har. Förlorad sociala roll. Ökat vila/sömnbehov.	God kvalitet

<p>Rodriguez, K.L., Appelt, C.J., Switzer, G.E., Sonel, A.F. &amp; Arnold, R.M.</p> <p>USA 2009</p>	<p>”They diagnosed bad heart”: A qualitative exploration of patients’ knowledge about and experiences with heart failure</p>	<p>Målet med studien var att kvalitativt undersöka patienters kunskap om vad hjärtsvikt innebär, deras förståelse av sjukdomen, behandlingsrekommendationer och deras åsikter om effekten av hjärtsvikt på deras dagliga liv.</p>	<p>Personerna var 18år eller äldre, kunde tala och läsa engelska, hade en B-typ natriuretisk peptidnivå på minst 100 och fick behandling från en primärvårdsmottagning eller kardiologmottagning</p> <p>Slumpmässigt urval</p>	<p>Intervjuer</p> <p>Iterativ process</p>	<p>Handlade om diagnosprocessen, och centrala symtom. Vilka livsförändringar hjärtsvikt ger och vilka upplevelse det skapar. Medicinering. Vårdplanering, och självvård.</p>	<p>God kvalité´</p>
<p>Ryan, M Farrelly, M</p> <p>Irland 2009</p>	<p>Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure</p>	<p>Beskriva patienter med avancerad hjärtsvikt upplevelser om hur det är att leva med hjärtsvikt</p>	<p>Diagnostiserad med NYHA III eller IV och var på sjukhuset för behandling.</p> <p>9st</p> <p>Bekvämlighetsurval</p>	<p>Intervjuer</p> <p>Fenomenologisk analys</p>	<p>Att leva med rädsla, rädsla för att sova, vara ensam, när nästa andningsattack kommer. Känner sig psykiskt/fysiskt tomma. Känslor av hopplöshet, orkar inte göra något fysiskt. Lever ett begränsat liv.</p>	<p>God kvalitet</p>

<p>Thornhill K Lyons A, C Nouwen A Lip, G, Y, H</p> <p>Storbritannien 2008</p>	<p>Experiences of living with congestive heart failure: a qualitative study.</p>	<p>Att utforska personers erfarenheter av att leva med hjärtsvikt.</p>	<p>Diagnostiserad hjärtsvikts patient på Birmingham sjukhus 25st</p> <p>Strategiskturval</p>	<p>Intervjuer</p> <p>Fenomenologisk analys</p>	<p>Hjärtsvikts patienter tyckte att det var svårt att acceptera sjukdomen, vissa levde i förnekelse. Det finns behov av stora livsförändringar. Att vara beroende av andra och att bli behandlad annorlunda, men även att det både finns positiva och negativa känslor kring sjukdomen.</p>	<p>God kvalitet</p>
<p>Zambroski C:H</p> <p>USA 2003</p>	<p>Qualitative analysis of living with heart failure</p>	<p>Utforska om hur det är att leva med hjärtsvikt</p>	<p>Diagnostiserad hjärtsvikt, en pågående behandling, engelsktalande och 40år och äldre 11st</p> <p>Strategiskturval</p>	<p>Intervjuer</p> <p>Komparativ analys</p>	<p>Livet blir turbulent, en utmaning på grund av hög intensitet av symtomen, ibland livshotande nödsituationer. Känslor av att vara uttråkad och frustrerad. Känslor som skapas är rädsla, ångest och avundsjuka.</p>	<p>God kvalitet</p>

## Bilaga 3

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar Röda Korsets Högskola CF, ÅK November, 2005

### Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

<b>Börja med slutet!</b> <b>1. Konklusion och/eller diskussion.</b> (eng. Conclusion/discussion)	<b>Egna anteckningar</b>
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
<b>3. Bakgrund</b> (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	



<b>4. Metod</b> (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
<p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)?</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)?</p> <p>c) <u>Urval</u> (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller “normaltyper”.</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p>i) På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)?</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	
<b>5. Resultat</b> (eng. Results, Findings)	
<p>a) Beskriv resultaten av undersökningen.</p> <p>b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.</p>	

c) Vid tolkan­de analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?	
<b>6. Diskussion och/eller konklusion</b> (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
<b>Läs nu diskussion och konklusion igen.</b> a) Vilka slutsatser drar forskaren? b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren? c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna. d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?	
<b>7. Innebörden av studien för den praktiska vården</b> (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren? b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö? c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.	
<b>8. Sammanfattande helhetsbedömning</b>	
a) Syftet: varför har undersökningen gjorts? b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts? c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är? d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?	