



HÖGSKOLAN
I SKÖVDE

Institutionen för hälsa och lärande

2018-12-02

Patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt En kvalitativ litteraturöversikt

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng
Grundnivå
Höstterminen 2018

Författare: Green, Richard
Zachau, Pernilla

SAMMANFATTNING

Titel:	Patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt
Författare:	Green, Richard; Zachau, Pernilla
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Grynne, Annika
Examinator:	Rosendahl, Sirpa
Sidor:	24
Nyckelord:	Hjärtsvikt, hälsa, lidande, patient, upplevelser

Bakgrund: Hjärtsvikt är en vanlig orsak till sjukhusinläggning i Sverige. Patienter behöver stöd från vården, aktuell forskning visar på att detta stöd brister. Sjuksköterskan behöver mer förståelse för patientens livsvärld för att kunna lindra dennes lidande.

Syfte: Syftet är att belysa patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt

Metod: Uppsatsen är en kvalitativ litteraturöversikt där 15 kvalitativa artiklar med ett patientperspektiv analyserats.

Resultat: Patienter upplever känslomässigt lidande härledande från deras symtom, deras möten med vården och deras sociala sammanhang. De finner hopp och mening hos sin tro, hos sina närstående och hos en god vård. Patienter upplever att en acceptans av deras begränsningar och en anpassning därefter leder till hälsa.

Slutsats: Hela patientens livsvärld påverkas vid hjärtsvikt, detta behöver sjuksköterskan bemöta och ha i åtanke vid vårdande möten. Hjärtsviktpatienter behöver uppleva kontinuitet och förståelse från vården. Förståelsen ska inte enbart beröra patientens symtom utan även behovet av spiritualitet. Denna kan bemötas genom att sjuksköterskan är öppen för att ha existentiella samtal med patienten, eller genom hänvisning till sjukhuspräst eller liknande profession.

ABSTRACT

Title: Patients experiences of living with heart failure

Author: Green, Richard; Zachau, Pernilla

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Grynne, Annika

Examiner: Rosendahl, Sirpa

Pages: 24

Keywords: Heart failure, health, suffering, patient, experiences

Background: Heart failure is a common cause of hospitalization in Sweden. Patients need support from health care, current research shows that this support is lacking. The nurse needs more understanding of the patient's world of living in order to relieve his suffering.

Purpose: The purpose is to illuminate patients' experiences of living with heart failure

Method: The essay is a literature review where 15 qualitative articles with a patient perspective were analyzed

Result: Patients experience emotional disorder derived from their symptoms, their meetings with care and their social context. They find hope and meaning in their faith, with their close relatives and in good care. Patients experience that acceptance of their limitations and an adjustment subsequently leads to health.

Conclusion: The entire life of the patient is affected by heart failure, this requires the nurse to keep in mind and respond to when treating the patients. Heart failure patients need to experience continuity and understanding from the healthcare. Understanding should not only be limited to the patient's symptoms but also the patients need for spirituality. This can be addressed by the nurse being open to having existential conversations with the patient, or by referring to a hospital or similar profession.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt	1
Patofysiologi	1
Symtom	2
Behandling	3
Sjuksköterskans omvårdnadsprofession	4
Hälsa	5
Lidande	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	8
Urval	8
Datainsamling	8
Analys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Känslomässigt lidande	10
Andnöd och trötthet; en evig kamp	10
Det sociala sammanhanget	11
När vården inte räcker till.....	12
Hopp.....	12
Tro.....	13
Familj och vänner; ett viktigt stöd.....	13
Förtroende för vården.....	14
Acceptans och anpassning	14
Strategier och metoder	14
Positivt tänkande	15
Resultatsammanfattning.....	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Konklusion.....	18
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	19
REFERENSER	20

BILAGOR

1. Datainsamling söktabell
2. Artikelsammanställning
3. Granskningsmall

INLEDNING

Hjärtsvikt är en vanlig sjukdom i Sverige då cirka 2 % av befolkningen är drabbade. Detta ställer krav på vårdpersonal att ha den kunskap och förståelse som behövs för att kunna ge god vård till dessa patienter. Aktuell forskning visar på att vårdpersonalens förståelse för hjärtsviktspatienter är bristande. Att drabbas av hjärtsvikt är livsomvälvande då det påverkar livet på många plan. Det påverkar inte bara förmågan att utföra aktiviteter, utan även relationer och inte minst patientens välmående och känsloliv. Det är därmed viktigt att belysa upplevelser av att leva med hjärtsvikt, för att öka förståelsen, så att vårdpersonalen på bästa sätt kan bemöta och vårda dessa patienter.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Prevalensen av hjärtsvikt är cirka 2% av Sveriges befolkning och ca 10% av alla personer över 80 år är drabbade (Socialstyrelsen, 2012). Hjärtsvikt orsakas alltid av en underliggande hjärtsjukdom (Strömberg, 2005). Tidigare hjärtinfarkt, hypertoni, kranskärslsjukdom eller diabetes ökar risken för att drabbas. Ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni utgör 75% av orsakerna till hjärtsvikt. Hjärtsvikt är ett kliniskt syndrom orsakat av strukturella och funktionella defekter i hjärtmuskulaturen, vilket leder till en nedsatt funktion av kammarfyllnad eller av pumpförmågan i hjärtat (Inamdar och Inamdar, 2016). De flesta sjukhusinläggningar för patienter med diagnostiserad hjärtsvikt sker inte på grund av hjärtsvikten i sig, utan av en annan komorbid sjukdom. De vanligaste anledningarna för inläggning på sjukhus för patienter med hjärtsvikt är kronisk obstruktiv lungsjukdom, försämrad njurfunktion, anemi samt diabetes mellitus. Upptäckten av dessa faktorer kan bidra till att förebygga behovet av ytterligare sjukhusinläggningar av patientgruppen (Dunlay et al., 2009; Gheorghiu & Barkley, 2017).

Patofysiologi

Hjärtsvikt innebär en försämrad funktion av hjärtats pumpförmåga. Vid rörelse ökar kroppens behov av blod för att få tillräckligt med syre. Ett friskt hjärta har förmåga att anpassa pumpfunktionen för att tillgodose kroppens behov. Vid ansträngning kan hjärtat öka både slagvolymen och slagfrekvensen från normala 5 liter per minut till över 25 liter per minut utan att ta skada. Vid hjärtsvikt orkar inte hjärtat pumpa runt tillräckligt med blod, vilket leder till syrebrist i kroppens vävnader och organ. Systolisk hjärtsvikt innebär en försämrad pumpförmåga i vänster kammare. Diastolisk hjärtsvikt innebär en försämrad förmåga för vänster kammare att fyllas med blod. De flesta patienter med hjärtsvikt lider av båda varianterna. Akut hjärtsvikt innebär en akut försämring av hjärtat. Symtomen blir då

dramatiska och livshotande, vanligtvis sker detta i samband med hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2012).

För att kunna tillgodose behovet av syre kompenserar kroppen för det sviktande hjärtat. Det innebär att när sjukdomstecken blir tydliga har ofta tillståndet redan funnits en tid. För att öka sin prestation vid hjärtsvikt har hjärtat förmågan att töjas och bli större, förtjocka vänster kammars muskelvägg samt frisätta stresshormoner och därmed öka antalet hjärtslag per minut. Vid sjunkande blodtryck och sjunkande minutvolym aktiveras insöndringen av antidiuretiskt hormon (ADH). ADH ökar blodvolymen genom att öka retentionen av vatten i njurarna. Det sker även en aktivering av renin-angiotensin II-aldosteron-systemet (RAAS) i njurarna, vilket bidrar till reducerad vätskeutsöndring och därmed ökat blodtryck (Ericson & Ericson, 2012).

Anamnesen är viktig för att ställa diagnos. Patienten intervjuas för att få en helhetsbild av situationen samt kartläggning av sjukdomshistorien. Vidare utredning görs med EKG-undersökning och BNP-prov. BNP-prov (brain natriuretic peptide) är ett blodprov där förekomsten av BNP undersöks. Det är hormon som frisätts från vänster kammare vid belastning och uttänjning. Hjärtfrekvensen kontrolleras för att upptäcka om takykardi föreligger. Även andningsfrekvens, syremättnad och viktroll för att undersöka ödem är viktiga observationer för att kunna ställa diagnos (Ericson & Ericson, 2012).

Symtom

Hjärtsvikt delas in i fyra svårighetsgrader (eller så kallade funktionsklasser) enligt New York Heart Association, (NYHA).

- NYHA I: Hjärtsjukdom utan symtom.
- NYHA II: Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast vid fysisk aktivitet av mer än måttlig grad.
- NYHA III: Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet
- NYHA IV: Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila eller minimal ansträngning. Patienten är ofta bunden till säng eller stol

Enligt Socialstyrelsen (2015) har 88% av Sveriges hjärtsviktpatienter funktionsklass NYHA 2-4. Enligt Ericson och Ericson (2012) kan det ta tid innan diagnosen hjärtsvikt konstateras eftersom symtomen ofta är diffusa och smyger sig på under lång tid. Dessutom kan symptomen variera, inte bara från person till person utan även från dag till dag. De mest typiska symtomen är trötthet, dyspné och ödem. Trötthet uppstår till följd av syrebrist som gör att kroppen inte har energi till rörelse. När hjärtat inte har tillräcklig förmåga att pumpa ut blodet ur vänster kammare stockas blodet bakåt i lungkretsloppet. Vätska pressas ut i

lungblåsorna på grund av ökat tryck, vilket försvårar gasutbytet och därmed uppstår andnöd som följd. Ödem uppstår när vätska och salt samlas i kroppen på grund av att blodcirkulationen fungerar dåligt i njurarna. Andra vanliga symtom är nattlig hosta som orsakas av vätska i lungorna som har tendens att förvärras när patienten ligger ner. Även nattliga vattenkastningar, cyanos på grund av dålig cirkulation, takykardi, onormala hjärt- och lungljud, vidgad halspulsåder samt leverförstoring kan vara tecken på hjärtsvikt (Ericson & Ericson, 2012). Symtomen kan förvärras eller förbättras snabbt. En patient med stabilt milda symtom kan plötsligt få andnöd vid vila och arytmier. En patient med NYHA klass 4 med lungödem kan plötsligt få förbättrat hälsotillstånd med hjälp av medicinering. En försämring av symtom indikerar en ökad risk för sjukhusinläggning och i värsta fall död (McMurry et al., 2012).

Depression hos hjärtsviktpatienter är en komorbid faktor som ofta förvärrar progressionen av hjärtsvikten. Patienter hamnar lätt i en ond cirkel där depressionen förvärrar hjärtsviktssymtom som i sin tur förvärrar depressionen (Chapa et al., 2015). En exakt andel hjärtsviktpatienter som lider av depression är svår att veta då definitionen av depression skiljer sig åt. En systematisk litteraturstudie av artiklar som mäter prevalensen av depression hos patienter med hjärtsvikt rapporterar att mellan 9 % -61 % lider av depression (Rutledge, Reis, Linke, Greenberg, & Mills 2006). Patienter som har depressionssymtom söker inte vård för sin hjärtsvikt lika snabbt som patienter utan depression (Johansson, Nieuwenhuis, Lesman-Leegte, van Veldhuisen, & Jaarsma, 2011). Då de negativa känslorna inte möts av vården hanterar istället patienter känslorna genom undvikande beteenden, vilket leder till ytterligare emotionellt lidande (Nahlén Bose, Elfström, Björling, Persson, & Saboonchi, 2016). Rädsla är en vanligt förekommande känsla förknippat med det lidande som patienterna upplever då de blir inlagda för symtomförsämring. Denna rädsla påverkar ofta patientens beslutstagande gällande sin vård. Vårdpersonal behöver därför få en förståelse för hur rädslan påverkar patienten (Abshire et al., 2015). Om patientens lidande inte uppmärksammas av vårdgivare riskerar lidandet att öka, däremot att bekräfta lidandet gör att patienten upplever en känsla av stöd (Eriksson, 1994).

Behandling

Grundläggande vid hjärtsviktsbehandling är att fokusera på att behandla de underliggande sjukdomarna som orsakar syndromet (Ericsson & Ericson, 2012). Målet med behandlingen är att bibehålla eller förbättra patientens livskvalitet, vilket görs genom att behandla de symtom som hjärtsvikten orsakar samt förbättra patientens fysiska kapacitet. Behandlingen syftar till att förebygga och förhindra försämringen av hjärtsvikten. På samhällsnivå är målet att minska dödligheten och antal sjukhusinläggningar (McMurry et al., 2012). För att behandlingen ska få effekt behöver patienten följa behandlingsplanen, men också vara välinformerad om sjukdomen och dess behandling, vilket ger möjligheten att vara delaktig i sin vård (Socialstyrelsen, 2015).

Målet med den farmakologiska behandlingen är att avlasta hjärtat för att undvika ytterligare försämringar samt minska symtom. Hjärtsvikt behandlas medicinskt med ACE-hämmare (angiotensin converting enzyme), som avlastar hjärtat genom att motverka aktiveringen av

RAAS-systemet och ger därmed blodtryckssänkning, kärldilatation och ökad diures. Detta är basen i en farmakologisk behandling och har bidragit till att dödligheten har minskat väsentligt för dessa patienter. Andra läkemedel är ARB (Angiotensinreceptorblockerare), som avlastar hjärtat genom att blockera angiotensin II- receptorer, betablockerare, som verkar genom att reducera sympatikusstimuleringen i myokardiet, samt diuretika, som avlastar hjärtat genom att öka njurarnas utsöndring av natrium och vatten (Ericson & Ericson, 2012).

Hjärtsvikt är delvis en livsstilssjukdom, därför är en viktig del av behandlingen att genomföra positiva livsstilsförändringar, vilket kan ge goda resultat för dessa patienter. De livsstilsförändringar som är gynnsamma att genomföra vid hjärtsvikt är fysisk aktivitet, förbättrade kostvanor såsom exempelvis salt och vätskerestriktion för att minska ödem, måttlig alkoholkonsumtion, viktminskning vid övervikt samt rökstopp (Strömberg, 2005). Aptitlöshet kan uppträda på grund av trötthet och påverkan på lever och mag- och tarmkanalen. Matportionerna bör därför vara små, aptitretande, energitäta och utgå från patientens önskemål. Med livsstilsförändringar och samtidig farmakologisk behandling möjliggörs stora förbättringar i tillståndet samt en väsentlig skillnad i hälsa och välbefinnande för patienten (Ericson & Ericson, 2012).

Fysisk träning är nästan alltid positivt för patienter med hjärtsvikt. Det är viktigt att börja med låg intensitet och trappa upp långsamt. Att träna ger ökad muskelstyrka, bättre funktionsförmåga och ökad livskvalitet. Dessutom kan patienter genom fysisk aktivitet minska risken för att drabbas av trombosbildning, men också en rad andra livsstilsrelaterade sjukdomar. Fysisk aktivitet måste endast begränsas hos personer med svår hjärtsvikt, funktionsklass NYHA IV (Ericson & Ericson, 2012).

Totalt rök- och snusstopp är viktigt vid hjärtsvikt då ökad kolmonoxidhalt i blodet som orsakas av tobaksrök medför en direkt försämring av erytrocyternas syretransporterande förmåga, vilket belastar hjärtat (Ericson & Ericson, 2012). En låg till måttlig konsumtion av alkohol kan ha en skyddande effekt på hjärtat. Dödligheten och risken för död i hjärtinfarkt har visat sig vara lägre för patienter med måttligt alkoholintag än för de som inte dricker alls (Bryson et al., 2006). Kunskapen är bristande angående betydelsen av egenvård i form av kost och fysisk aktivitet hos både vårdpersonal och patienter. För att kunna förmedla kunskap om egenvård till patienter, kan ytterligare undervisning behövas för vårdpersonal (Gheorghiu & Barkley, 2017). Patienter följer i många fall inte den diet som rekommenderas, de slutar gradvis efter några dagar att äta som de ska (Yu, Chair, Chan & Choi, 2016).

Sjuksköterskans omvårdnadsprofession

Socialstyrelsen (2018) avser vårdpersonal som person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård, sjuksköterskan ingår i denna bredare term. Klang et al., (2014) menar att omvårdnad är att hantera hårda fakta i mjuka händer och i relationer. All omvårdnad förutsätter att vårdpersonal har mod att möta patienter som människor. Att skapa en god relation kräver tid och är en förutsättning för att identifiera patientens behov, vilket är grunden i personcentrerad vård.

Omvårdnaden ska anpassas till den enskilda individen och dennes livsvärld. Människors olika behov och sätt att vara på måste respekteras. Att arbeta med omvårdnad är att arbeta med och se hela människan och detta kan göras på olika sätt. Exempelvis genom att patienter med hjärtsvikt får vara delaktiga och påverka sin egen vård utifrån sina behov, förutsättningar och önskemål. Att se till patientens livsvärld innebär även att se patientens anhöriga. Sjuksköterskans arbete ska alltid bygga på vetenskap och beprövad klinisk erfarenhet och utföras med ett etiskt och holistiskt förhållningssätt (Dahlberg & Segesten, 2010). Ett vårdande samtal med patienten, där sjuksköterskan är fullt närvarande, inkännande och tar sig tid, gör att patienten känner sig sedd och bekräftad samt patientens förtroende för sjuksköterskan stärks. Därmed stärks patientens hälsa och välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Söderberg (2014) har bemötandet patienter upplever från vårdpersonalen stor inverkan på deras hälsa och välbefinnande. Patienter känner stort lidande när värdigheten kränks, exempelvis genom att de upplever att de inte blir tagna på allvar.

Enligt Davidson, Dracup, Phillips, Daly, och Padilla (2007) behöver sjuksköterskor ytterligare utbildning i hur de ska hantera existentiella samtal vid vård i livets slut, hjärtsviktspatienter har en hög dödlighetsnivå och detta gör existentiella samtal med denna patientgrupp vanliga. Davidson et al., (2007) skriver vidare att kliniska miljöer ofta brister i detta avseende, samtalen prioriteras bort i förmån för andra frågor, såsom ett fokus på den medicinska behandlingen. Enligt Jangland, Gunningberg och Carlsson (2009) är de vanligaste klagomålen från patienter gällande möten i vården bristande information, missvisande information och en bristande kontinuitet.

Hälsa

Begreppet hälsa är centralt inom omvårdnad. Socialstyrelsen (2015) definierar hälsa som ett fysiskt, socialt och psykiskt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdomar. Högskolan i Skövde (2017) definierar hälsa på följande vis:

Omvårdnadens mål är att främja patientens hälsa och välbefinnande. Hälsa relateras till känslan av välbefinnande och är mer än enbart frånvaro av sjukdom. Vårdarens förhållningssätt och handlingar syftar till att främja hälsa genom att ge stöd för en hälsosam livsstil och välbefinnande, att förebygga sjukdom och ohälsa, lindra lidande och främja ett värdigt slut på livet.

Hälsa är ett övergripande mål för omvårdnaden av alla patienter. Livsstil är enligt Klang, (2014) en beskrivning av en persons beteenden och aktiviteter som individen har kontroll över. Klang (2014) hävdar att livstilsval påverkar hälsan genom både friskfaktorer och riskbeteenden, exempel på friskfaktorer är hälsosam kost och motion, exempel på riskbeteenden är ohälsosam kost och fysisk inaktivitet. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) kan hälsa ses som en enhet av själ, ande och kropp. Främjande av hälsa innebär inte bara att förebygga och motverka sjukdom och lidande. Hälsa kan även förstås som en process i det dagliga livet som personen själv skapar och upplever, därför kan insatser också innebära

att stärka personens förmågor och resurser och belysa mening i upplevelser (Svensk sjuksköterskeförening u.å).

Lidande

Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att lidande är en del av varje människas liv. Det handlar om hur personen upplever sin situation, vilket gör att lidandet är unikt och individuellt. Det kan beskrivas som en känsla av att förlora kontrollen, som ett hot eller en kränkning. Inom omvårdnad är fokus på att lindra det lidande som är möjligt att lindra samt att inte orsaka en patient ytterligare lidande. Lidandet lindras genom bekräftelse. Enligt Wiklund (2003) är lidande en förutsättning för nyskapande då det innebär ett behov av förändring. Ordet patient betyder "den som lider" vilket visar på hur centralt lidandet och målet att lindra detta är i vårdssammanhang.

Enligt Eriksson (1994) beskrivs lidande som den mest centrala upplevelsen i patientens värld. Det finns olika sorters lidande beroende på vad som orsakar lidandet. En person kan uppleva sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande uppstår när de symptom samt problem som sjukdomen orsakar leder till lidande för patienten (Eriksson, 1994). När en människa hindras från att göra det den vill och inte får möjlighet att leva det livet som hen önskar på grund av lidande, upplever personen att den egna identiteten blir hotad. När personen inte kan se hur hen ska fungera i det nya tillståndet blir personens existens hotad. Sjukdomslidande, som är aktuellt i fallet med hjärtsviktpatienter, framkallar existentiella tankar. Smärtan och vetskapen av att lida av en hjärtsjukdom gör att döden upplevs komma närmare och blir verkligare (Wiklund, 2003). Vårdlidande är det lidande som patienten upplever som följd av bristande vård (Eriksson 1994). Det kan exempelvis vara att vården ignorerar patientens upplevelser (Wiklund, 2003). Livslidande berör hela människans liv och dess förhållning till sig själv och verkligheten. Det blir ofta aktuellt då människan blir sjuk och det hänger samman med människans hela existens. Livslidande kan förstås utifrån begreppet aktivitet. Det handlar om ett förhållande till livet där aktivitet, prestation och att göra rätt för sig har en central roll. Det har ett bredare perspektiv än sjukdomslidande fokus på begränsningar som följer med symptom (Wiklund, 2003). Vårdlidande är något som vårdpersonal har möjlighet att påverka. Om vårdpersonalen bekräftar och stödjer patienten och därmed gör att hen känner sig sedd, minskar patientens lidande (Eriksson, 1994). Det är därmed viktigt att vårdpersonalen reflekterar över sin egen roll samt är uppmärksam på om patienten kan uppleva vårdlidande. Det gör att vårdpersonalen kan hitta områden där förändringar kan och bör genomföras (Wiklund 2003).

PROBLEMFORMULERING

Hjärtsvikt räknas som en folksjukdom då 2 % av Sveriges befolkning är drabbad och hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till sjukhusinläggning. Detta gör att det är en av de vanligaste diagnoserna vårdpersonalen möter. Hjärtsviktpatienter har en hög dödlighetsnivå vilket gör att det finns ett behov av existentiella samtal med denna patientgrupp. Aktuell

forskning visar att vårdpersonal behöver ytterligare utbildning i hur de ska hantera existentiella samtal. Aktuell forskning visar även på att vårdpersonalens förståelse för patienters upplevelser är bristande. När patienter inte känner sig sedda eller bekräftade uppstår vårdlidande. Att utöka förståelsen för patientgruppen är därmed av vikt för att en god vård ska kunna ske. Förståelsen kan därmed användas för att förbättra vården för hjärtsviktspatienter.

SYFTE

Belysa patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

METOD

Metoden som valdes är en litteraturbaserad studie, som bygger på tidigare genomförd forskning. Då syftet handlar om patienters upplevelser valdes kvalitativa artiklar, då dessa ger god förståelse för patientens situation eftersom de bygger på erfarenheter och upplevelser (Friberg, 2017).

Urval

De inklusionskriterier som valdes var att artiklarna var peer reviewed, vilket innebär att forskningen är kvalitetsgranskad av oberoende forskare samt publicerad i en vetenskaplig tidskrift (Östlundh, 2017). Artiklarna var skrivna mellan 2000-2018, för att endast inkludera aktuell forskning. Samtliga var skrivna på engelska samt ur ett patientperspektiv där patienterna var diagnostiserade med hjärtsvikt. Artiklarna valdes då de svarade på syftet. Artiklar som var litteraturöversikter, artiklar som var kvantitativt utformade, samt artiklar som fokuserade på andra sjukdomar än hjärtsvikt exkluderades.

Datainsamling

CINAHL och Medline användes eftersom de är databaser som har fokus på omvårdnadsvetenskap och är inriktad på hälso- och sjukvård (Östlundh, 2017). Sökningen efter artiklar gjordes enligt Bolesk sökteknik, vilket användes för att leta efter samband mellan sökorden. AND var den operatör som användes. Trunkering användes genom att i slutet på vissa ord lägga till en asterisk för att minska antalet bortfall då böjningar på ordet då inkluderas i sökningen (Östlundh, 2017). Sökord som användes var bland annat: heart fail*, patient*, qualitative, experience. Sökningen inträffade under flera tidpunkter mellan 2018-08-28 och 2018-09-10. Sökningsprocessen kommer att visas i (Bilaga 1) och de utvalda artiklarna i (Bilaga 2). Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Friberg, (2017). Granskningsmallen finns i (Bilaga 3), artiklarna kunde enligt denna mall få max 14 poäng, och de fick 1 poäng per fråga som uppfyllde kriterierna. Fick artikeln 13-4 poäng angavs artikel kvaliteten som "hög". Datainsamlingen ledde till att 15 vetenskapliga artiklar användes som material till studien.

Analys

De valda artiklarna analyserades enligt Fribergs (2017) analysmodell för en kvalitativ litteraturöversikt. Fribergs (2017) modell går ut på att analysera i flera steg. De valda artiklarna analyserades för att hitta information som svarade på studiens syfte. Först lästes resultatet i artiklarna för att få förståelse vad de handlade om, därefter diskuterade författarna artiklarnas innebörd med varandra. Därefter gjordes en sammanfattning av artiklarna vilket

skapade en mer lättöverskådlig bild (Bilaga 2). Sammanfattningarna innehöll artiklarnas syfte, metod och resultat. Artiklarna skrevs ut, numrerades, samt för att identifiera likheter och skillnader i artiklarnas resultat använde sig författarna av överstrykspennor i olika färger. Därefter sorterades likheterna och skillnaderna i artiklarnas resultat och placerades i olika teman och subteman under lämpliga rubriker.

Etiska överväganden

Alla artiklar som inkluderats i detta examensarbete har uppfyllt de etiska kraven som beskrivs i lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Den handlar om att deltagarna som medverkar i studien ska få information om projektet, ha förmågan att förstå innebörden av det och därefter lämna sitt samtycke till att medverka samt även behandling av personuppgifter. Syftet är att skydda den enskilda människan och bevara respekten för människovärdet. Författarna har ej för avsikt att medvetet feltolka datamaterialet.

RESULTAT

15 vetenskaplig artiklar analyserades och resulterade i tre teman och åtta subteman:

Tema	Subtema
Känslomässigt lidande	<ul style="list-style-type: none">• Andnöd och trötthet; en evig kamp• Det sociala sammanhanget• När vården inte räcker till
Hopp	<ul style="list-style-type: none">• Tro• Familj och vänner; ett viktigt stöd• Förtroende för vården
Acceptans och anpassning	<ul style="list-style-type: none">• Strategier och metoder• Positivt tänkande

Känslomässigt lidande

Det är förenat med negativa känslor för patienten att inse hjärtsviktens påverkan på kroppen och det vardagliga livet. Det innebär en omställning som kan vara svår att acceptera. Känslor som hjärtsviktpatienter erfar är av livsomvälvande karaktär och härleder inte endast från symtomen, utan även från oförstående närstående och bristande vård.

Andnöd och trötthet; en evig kamp

Patienter beskriver att livet med symtomen som hjärtsvikten orsakar upplevs som begränsande och inkräktar på deras frihet. En vilja att göra saker men att begränsas av olika symptom som hjärtsvikten orsakar blir mycket frustrerande och livet kan kännas meningslöst (Albert, Forney, Slifcak & Sorrell, 2015; Heo, Lennie, Okoli & Moser, 2009; Ryan & Farrelly, 2009; Wagner, Nielsen, Errboe & Haahr, 2017). Att utföra något som innan hjärtsvikten ansågs som enkelt, exempelvis plocka upp något från golvet, blir nu betydligt mer påfrestande på grund av sjukdomsbilden (Hägglund, Boman & Lundman, 2008).

Andfåddheten upplevs inkräktande på vardagen, frustration och ilska erfars då begränsningarna på patienternas liv blir tydliga. När andningen plötsligt blir försämrad upplever patienter en känsla av dödsångest. Känslan av osäkerhet återkommer mellan de plötsliga anfallen med andnöd, då patienterna är medvetna om att det kommer komma en ny attack men att de inte vet när (Ryan et al., 2009). Ytterligare oro och rädsla orsakas av att de inte vet vad attacken beror på och att de inte kan hitta en tydlig koppling mellan andnöden och aktiviteter de utför (Walthall et al., 2017). Patienter beskriver att en vanlig konsekvens av andfåddheten är att sömnen blir negativt påverkad, patienter vaknar med panik och dödsångest då de inte upplever att de kan få luft (Sampaio, Renaud & Ponce Leão,

2018;Walthall, Jenkinson & Boulton, 2017;Zambroski, 2003). Patienter är rädda för att lägga sig ned då andfåddheten gör att de direkt får känslor av panik, och leder till att de ibland sitter uppe ensamma hela nätterna (Ryan et al., 2009). Ytterligare sömnproblem orsakas av depression, sömnsvårigheterna orsakar ytterligare energiförlust och trötthet vilket leder till att patienterna hamnar i onda cirklar (Dekker, Peden, Lennie, Schooler & Moser, 2009).

Tröttheten leder till att patienternas vardag ofta inte blir som de ursprungligen önskat, vilket upplevs oerhört frustrerande. Förmågan att genomföra aktiviteterna är kraftigt nedsatt och detta leder till ytterligare känslor av irritation, ilska, ångest och en känsla av meningslöshet (Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel & Arnold, 2008; Europe & Tyni-Lenné, 2004;Hägglund et al., 2008;Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2011; Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel & Arnold, 2008;Sampaio et al., 2018). Tröttheten beskrivs som en ständigt närvarande känsla av att aldrig vara helt utvilad, nivån av trötthet fluktuerar vilket skapar en känsla av osäkerhet (Hägglund et al., 2008;Kraai, Vermeulen, Hillege & Jaarsma, 2018).

Det sociala sammanhanget

Att inte längre klara de dagliga sysslorna ställer krav på både närstående och vård att erbjuda hjälp. Patienter upplever att hjärtsvikten påverkar relationer och det sociala livet. De drabbade har inte samma ork varken fysiskt eller psykiskt att ta sig ut på sociala aktiviteter. Socialt umgänge kräver att patienten kan ta sig till avtalad plats eller alternativt göra iordning hemma för att bjuda hem gäster, detta upplevs som för energikrävande. Patienter är hemma själva istället vilket leder till isolering (Pihl et al., 2011). Rädslan för att vara en börda till sina närmaste och behovet av att vara självständig skapar stress i relationerna med de närstående som samtidigt sköter omvårdnaden av patienten i hemmet (Kraai et al., 2018;Ross & Austin, 2015). Beroendet av andra och att förlusten av självständighet är förenat med frustration. De beskriver att det är frustrerande och skamfullt att känna sig som en börda för omgivningen (Ryan et al., 2009). Ytterligare frustration och irritation uppstår när patienter upplever att de inte får rätt sorts stöd av närstående, de beskriver att det är påfrestande att vara konstant övervakad av välmenande närstående. Frustrationen och irritationen har en tendens att gå ut över de närstående vilket påverkar relationerna negativt (Dekker et al., 2009;Europe et al., 2004; Hägglund et al., 2008;Ryan et al., 2009;Sampaio et al., 2018)

Patienter upplever att det är skamfullt att erkänna för den sociala kretsen att patienten inte längre klarar sig själv och inte orkar med samma aktiviteter som förut. Patienterna erfar även transport till och från sociala aktiviteter påfrestande, och de blir istället ensamma hemma. De blir därför isolerade, vilket har stor negativ inverkan på patientens välmående (Europe et al., 2004;Hägglund et al., 2008;Pihl et al., 2011;Ryan et al., 2009; Walthall et al., 2017;Zambroski, 2003). Isolering upplevs som ett stort problem vilket kan innebära mer lidande än hjärtsvikten i sig (Ross et al., 2015;Walthall et al., 2017). Familj och vänner som vill patienten väl genom uppmuntran till en hälsosammare livsstil ses som hindrande om stödet inte upplevs meningsfullt (Albert et al., 2015).

När vården inte räcker till

Detsamma upplevs gällande råd från vårdens sida, patienter erfar att vårdpersonalen ältar och blir därmed inte motiverade på ett tillfredsställande sätt (Albert et al., 2015). Stödet från vården upplever patienter som bristfälligt eller att de inte har fått rätt typ av stöd. När vårdpersonalen inte tar sig tid att lyssna, se till hela människan och ge den information som är nödvändig för patienten uppstår vårdlidande. Patienten känner sig missförstådd och ett sådant möte gör att förtroendet för sjukvården sjunker (Albert et al., 2015;Europe et al., 2004;Rodriguez et al., 2008;Zambroski, 2003).

Patienter upplever att de behöver kämpa för att få vård (Hägglund et al., 2008;Ryan et al., 2009). När patienter inte känner trygghet i att de har tillgång till den vård de behöver upplever de stor frustration, då de befinner sig i en utsatt och sårbar situation (Ross et al., 2015). Det upplevs även frustrerande när patienten inte känner sig sedd eller lyssnad på, patienter beskriver vissa möten som plågsamma när personal enbart upprepar samma råd utan hänsyn till vad patienten har sagt (Rodriguez et al., 2008). Sjukhuset ses heller inte alltid som en trygg plats, ofta på grund av tidigare erfarenheter patienterna har av vården, kopplad till oförstående personal och en förlust av självständighet (Zambroski, 2003).

Patienter upplever en besvikelse på vården på grund av att de tycker att informationen har varit bristfällig kring hur sjukdomen kommer att påverka livet. (Europe et al., 2004;Ryan et al., 2009). Rädslan som patienterna upplever går ofta att härleda till att de inte vet om de vågar anstränga sitt hjärta eller ej, samtidigt har de fått information om att stillasittande är farligt. Detta skapar rädsla, oro och dödsångest (Albert et al., 2015;Pihl et al., 2011). Patienter anser att det är betydelsefullt att vårdpersonal informerar och lägger tyngd på att livsstilsförändringar är viktiga att genomföra och upprätthålla (Kraai et al., 2018;Pihl et al., 2011). Om patienten inte fått information om sin prognos skapas osäkerhet gällande deras framtid men även gällande vad de behöver göra för att fortsätta leva (Kraai et al., 2018;Rodriguez et al., 2008). Ytterligare frustration upplevs när patienter vet vilka livsstilsförändringar som behöver genomföras men de inte kan genomföras av olika anledningar, såsom ekonomiska och logistiska (Rodriguez et al., 2008). När vårdbehov inte uppfylls på grund av långa vårdköer eller en bristande kommunikation skapas ångest (Ross et al., 2015). Även transporter till sjukhuset anser patienterna ofta vara en anledning till stress (Kraai et al., 2018).

Hopp

Livet efter en hjärtsviktsdiagnos är inte en existens dömd till lidande. Patienter erfar även ett hopp och en framtidstro. Källan till denna positivitet härrör från familj och vänner, en god vård, samt religion.

Tro

Patienter finner en mening och syfte med livet genom sin religion (Dekker et al., 2009;Heo et al., 2009;Rodriguez et al., 2008;Sampaio et al., 2018;Wagner et al., 2017). Tron har en positiv effekt på dessa personer i flera avseenden. Den utgör en trygghet, en stabil punkt i det nya livet av kaos som patienterna upplever (Dekker et al., 2009;Sampaio et al., 2018;Wagner et al., 2017). Behovet av att tala med professionell personal om spirituella och existentiella frågor som rör döden och livet efter detta är speciellt stort hos patienter som upplever sig isolerade och inte har närstående. För de patienter utan en religiös tillhörighet var behovet av att tala om existentiella frågor större, och de föredrog att göra detta med vårdpersonal (Ross et al., 2015). Bön kan vara en väg till bättre livskvalitet, och för en del patienter är det den viktigaste delen (Dekker et al., 2009;Heo et al., 2009). Tron ger ett hopp om att detta livet inte är allt som existerar, vilket lindrar dödsångesten och inger istället ett lugn (Europe et al., 2004). Patienter anser religionen vara en viktig del av vardagen (Rodriguez et al., 2008;Sampaio et al., 2018). Patienter upplever att religionen hjälper dem anpassa sig efter deras nya livssituation, den ger dem en inre styrka som hjälper till att hantera vardagen (Sampaio et al., 2018). Praktiska fördelar finns i religionen; samhörigheten och det sociala livet stimuleras. För de personerna med en religiös tro var lokala kyrkans ledare av stor betydelse och även samhörigheten i den gemenskapen som gav dem mening och hopp (Ross et al., 2015).

Familj och vänner; ett viktigt stöd

Familjen har en stor inverkan på hur patienter upplever livskvalitet, stödjande närstående innebär en klar fördel i livet för personer med hjärtsvikt. Behovet av få kärlek av familjen hos patienterna är stort (Heo et al., 2009;Ross et al., 2015). En jämlik relation med sin partner tar bort känslan av att vara en börda för andra. När samarbete sker med partnern i form av t ex matlagning där sysslor lätt kan delas upp och den andre partnern kan stötta patienten (Falk, Wahn & Lidell, 2007;Sampaio et al., 2018;). Motivation till att hålla sig vid liv och upprätthålla en hälsosam livsstil kommer ifrån kärlek och ansvaret de känner till barn och barnbarn (Sampaio et al., 2018;Wagner et al., 2017).

Patienter upplever även att det sociala livet utöver närstående är en viktig del av deras liv (Sampaio et al., 2018;Wagner et al., 2017;Zambroski, 2003). Ett socialt stöd är viktigt för att motverka negativa känslor (Dekker et al., 2009). Att vara kring vänner samt engagera sig åt fritidsaktiviteter är viktigt för att bibehålla en positiv syn och livsstil (Heo et al., 2009). Bibehållning av samma sociala nätverk patienterna hade innan hjärtsvikten är viktig för deras livskvalitet. Ömsesidigt beroende med andra är högt värderat, till exempel genom att få hjälp av grannen med att mata katten när patienter är på sjukhus (Falk et al., 2007). När patienter vill börja utföra mera fysiska aktiviteter upplevs detta som svårt, något som underlättas när de har någon att träna med, i detta avseende uppskattas meningsfullt stöd från familj och vänner (Albert et al., 2015). Patienter upplever lindring när de möter människor som aktivt lyssnar och försöker förstå patientens livsvärld (Sampaio et al., 2018).

Förtroende för vården

Vården är en viktig del i patientens liv, även när den brister eller inte upplevs som optimal. Förtroende för vården skapas via kontinuitet, när det är kontakt med samma sjuksköterska under hela vårdtiden. Det upplevs viktigt att enkelt kunna kontakta sin sjuksköterska för att få svar på frågor eller för att lindra ångest och osäkerhet gällande livssituationen (Falk et al., 2007; Ross et al., 2015). När vårdgivare tar sig tid att i detalj beskriva vilka symtom som beror på hjärtsvikten och hur de kommer att utveckla sig framöver upplever patienter i större utsträckning att de kan förbereda sig mentalt på vad som väntar dem (Rodriguez et al., 2008). Patienter upplever även att när vårdpersonal har förmedlat vikten av fysisk aktivitet har detta skapat en rädsla som motiverat dem till mer fysisk aktivitet. Andra patienter som inte har uppfattat träningen som vital för deras hälsa upplever istället rädsla för fysisk aktivitet (Albert et al., 2015).

Acceptans och anpassning

Genom att acceptera sin situation, hitta strategier för att få vardagen fungera samt lära sig att planera olika aktiviteter och sysslor efter de nya förutsättningarna upplever patienter att de kan erfara livskvalitet och minska lidandet (Albert et al., 2015; Dekker et al., 2009; Europe et al., 2004; Falk et al., 2007; Hägglund et al., 2008; Pihl et al., 2011; Sampaio et al., 2018; Walthall et al., 2017).

Strategier och metoder

Att gå från att vara frisk och aktiv till att bli sjuk, begränsad och beroende av andra innebär en stor omställning som kan vara svår och tidskrävande att acceptera (Ross et al., 2015). Patienter beskriver att ett sätt att ta tillbaka kontrollen över sitt liv är genom acceptansen av de nya begränsningarna, och en gradvis anpassning efter dem (Walthall et al., 2017). Genom att genomföra de anpassningar som behöver göras för att patienten själv ska kunna utföra sina dagliga sysslor kan känslan av att vara en börda för andra undvikas (Hägglund et al., 2008). Anpassningarna kan innebära användandet av hjälpmedel, exempelvis rullatorer (Kraai et al., 2018). Patienter beskriver att de efter en tid hittade andra metoder att utföra aktiviteter på, samt nya sätt att hantera situationer. I stället för att göra allt på en gång kan halva arbetet utföras ena dagen och resten tas dagen efter. Det kan gälla allt från gräsklippning till tvätt, sådant som egentligen inte behöver göras samma dag. Patienterna upplever att om de tar pauser emellanåt i arbetet så går det bra, men det blir därmed mer tidskrävande. Acceptansen av att sysslorna nu tar längre tid skapar andra förväntningar på en aktivitets tidsåtgång. Det gör att patienten kan börja planera vardagen efter de nya förväntningarna. Därmed undviks känslan av frustration, istället upplevs en känsla av tillfredsställelse att trots sjukdomen kunna utföra önskade aktiviteter (Hägglund et al., 2008; Pihl et al., 2011).

Positivt tänkande

På grund av att sjukdomen har ett progressivt förlopp kommer patientens fysiska funktion gradvis försämrats. Det blir därmed viktigt att ha realistiska förväntningar på framtiden (Pihl et al., 2011). Tankar på framtiden kan in många fall vara ångestframkallande. Att vara i nuet och att aktivt arbeta med att vara fokuserad på vad som händer här och nu kan vara ett sätt att känna frid (Sampaio et al., 2018). När patienter fokuserar på någonting som är roligt och som patienten kan utföra utan problem, exempelvis lugna promenader eller korsord, håller de hjärnan distraherad från att tänka negativa tankar (Dekker et al., 2009).

Patienter upplever att en positiv attityd hjälper dem att upprätthålla livskvalitet (Dekker et al., 2009; Europe et al., 2004; Heo et al., 2009; Hägglund et al., 2008; Ross et al., 2015). Positiva tankar ger ett gott humör som i sin tur ger en upplevelse av livskvalitet. Genom att sätta mål och arbeta för att uppnå dessa och på så sätt inte låta sig påverkas av sjukdomen skapas goda förutsättningar för ett positivt tänkande (Heo et al., 2009). Patienter upprätthöll en positiv attityd genom att föreställa sig möjligheten att det skulle kunna vara ännu värre. (Heo et al., 2009; Hägglund et al., 2008). Genom att försöka styra tankarna upplever patienter ett inre lugn. Det görs genom att inte oro sig och inte tänka på sjukdomen utan istället fokusera på att vara tacksam för att vara vid liv och vara lycklig för varje dag som passerar (Europe et al., 2004), samt genom uppskattning över de kvarstående förmågorna (Hägglund et al., 2008).

Resultatsammanfattning

Det är förenat med många negativa känslor att inse hjärtsviktens påverkan på kroppen och det vardagliga livet. Patienter upplever att det är begränsande att leva med de symptom som uppkommer till följd av hjärtsvikt, då de fysiska symptomen hindrar dem från att göra vad de vill. Känslomässigt lidande härleder inte endast från symtomen, utan även från oförstående närstående och bristande vård. Livet med hjärtsvikt är inte en existens dömd till lidande. Patienter erfar ett hopp och en framtidstro med stöd från familj, vänner, god vård samt tro. Genom att acceptera sin situation, hitta strategier för att få vardagen fungera samt lära sig att planera olika aktiviteter och sysslor efter de nya förutsättningarna upplever patienter att de kan erfarra hälsa och minska lidandet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna har valt att göra en litteraturöversikt enligt Friberg (2017). Det är en metod som används för att skapa en överblick över redan befintlig kunskap och forskning inom ett specifikt område. Författarna valde att använda sig av kvalitativa studier som datamaterial för analys till resultatet. Alla artiklar hade ett patientperspektiv. Detta för att belysa de enskilda patienternas upplevelser på ett ingående vis, vilket på bästa sätt gav möjlighet att svara på syftet. Databaserna CINAHL och MEDLINE valdes för artikelsökning då de har ett brett utbud av artiklar som berör omvårdnadsforskning. I sökningen inkluderades artiklar mellan år 2000 och 2018 som hade blivit Peer Reviewed. På så sätt förstärks trovärdigheten av studien då detta innebär en garanti för att artiklarna erhåller vetenskaplig kvalitet (Henricson, 2017). I sökningen gjordes ingen geografisk avgränsning, detta kan ses som en svaghet med examensarbetet då exempelvis vård ser olika ut beroende på det geografiska område patienten bor i. Sökningen skedde med boolesk sökteknik vilket beskrivs i metodavsnittet. De valda artiklarna kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2017) granskningsmall (Se bilaga 3), för att vara säkra på att de är av god vetenskaplig kvalitet. Denna granskning genomfördes av båda författarna. Då resultatet och analysen granskats av utomstående parter i form av regelbundna möten med handledare och kurskamrater stärks examensarbetets bekräftelsebarhet.

Författarna använde sig av Friberg (2017) för att genomföra analysen. Författarna läste samtliga artiklar ett flertal gånger och sammanfattade sedan artiklarnas resultat för att lättare få en överblick. Likheter och skillnader identifierades och sammanställdes vilket resulterade i tre stycken teman och åtta subteman. Uppsatsen syfte var i fokus vid identifieringen av temana, likheterna och skillnaderna belystes i datamaterialet med hjälp av överstrykningspennor i olika färger. Examensarbetet hade kunnat utformas annorlunda ifall en mixat metod där både kvalitativa och kvantitativa studier granskas och analyseras, författarna tror dock att en kvalitativ metod var relevantare gentemot uppsatsens syfte, då det specifikt efterfrågar patienters upplevelser. Enligt Henricson (2017) används kvalitativa studier för att komma nära individer och deras subjektiva upplevelser.

Under utförandet av examensarbetet har de etiska avvägandena följts av författarna, de vetenskapliga artiklarna har ej på något sätt medvetet feltolkats. Feltolkning kan dock ha skett omedvetet, då alla artiklar är på engelska och författarnas modersmål är svenska. Författarna anser sig inte ha någon betydande förförståelse som påverkat resultatet. Författarnas förförståelse för problemområdet fastställdes tidigt i examensarbetet, författarna kom fram till att den enda kontakten de tidigare haft med hjärtsvikt patienter har varit i samband med arbete och praktik i vården. Bakgrunden i examensarbetet beskriver problemområdet ingående och visar på att författarna har gjort sig bekant med forskningsmiljön vilket ökar arbetets trovärdighet. Överförbarheten bedömer författarna vara av hög grad eftersom resultatet är väl beskrivet samt att trovärdigheten, och därigenom bekräftelsebarheten och pålitligheten, är god.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att patienter med hjärtsvikt upplever emotionellt lidande, där känslor som frustration, irritation, rädsla, ilska, osäkerhet och ångest är vanliga. Eriksson, (1994) menar att lidande kan ha olika ursprung. Lidandet har enligt resultatet sin grund i symtomen, från ett socialt perspektiv och när de upplever att vården inte ger stöd nog.

Det fysiska lidandet som patienterna upplever ger en belastning på det psykiska välmåendet, då det finns en tydlig koppling mellan kropp och psyke (Wiklund, 2003). Resultatet visar på detta då patienter upplever de kroppsliga symtomen inkräktande på deras dagliga liv, de upplever sömnsvärigheter, ångestattacker, depression och isolering till följd av hjärtsviktssymtomens begränsande natur. Vilket styrks i Conley et al., (2015) resultat. Enligt Conley et al., (2015) upplever även patienter i stor utsträckning fysisk smärta. Skillnaden tror författarna bero på att metoderna skiljer sig åt samt att Conley et al., (2015) har ett syfte som specifikt letar efter korrelationer mellan fysisk smärta, trötthet och depression. Sjuksköterskan behöver se till hela patientens livsvärld (Svensk sjuksköterskeförening 2016). De sekundära symtomen behöver mötas och bekräftas av sjuksköterskan för att förutsättningarna för att ett vårdande samtal ska uppfyllas. De onda cirklarna patienterna hamnar i på grund av sömnsvärigheterna och depressionen behöver förebyggas och bemötas av vården.

Enligt Jowsey, Dennis, Yen, Mofizul Islam, Parkinson, och Dawda (2016) är patienters möte med vården varierande, i vissa fall är patienter helt nöjda men i många fall uttrycker de missnöje kring vårdens koordination och kontinuitet. Resultatet stärker detta genom att dels visa på att patienter upplever ett stöd från vården när den är kontinuerlig och vårdgivare bekräftar patienten, dels att de även upplever vården som en källa till oro, rädsla och frustration. Lidande kan enligt Wiklund (2003) uppstå när vårdgivare inte bekräftar patientens redan befintliga lidande. Welstand, Carson, och Rutherford (2009) resultat visar på att vårdgivare som inte tar patienter på allvar har en negativ effekt på deras välmående. Sjuksköterskor bör beakta patienters varierande erfarenheter med vården samt deras individuella upplevelser av livet med hjärtsvikt. De bör lyssna och ta in patienters berättelser gällande hjärtsvikten för att på bästa sätt vårda patienten. Enligt Jangland et al., (2009) var otillräcklig information och en bristande kontinuitet de vanligaste klagomålen från patienter gällande vårdens bemötande. Det finns såvida ett starkt vetenskapligt underlag för att vårdpersonal, och däribland sjuksköterskor, behöver förbättra de möten som sker med patienter. Resultatet och även tidigare forskning visar på att kontinuitet i form av samma medicinska information från samma sjuksköterska främjar ett vårdande möte där lidande lindras istället för förvärras. En förbättringsåtgärd från vård verksamheter i klinisk praxis borde därför vara ett fokus på ökad kontinuitet.

Resultatet visar att patienter finner hopp i tron, hos närstående och hos en god vård. Eriksson (1994) menar att lidande skapar hopplöshet, lidandet behöver därför hopp för att lindras. Det är därför av intresse för vårdpersonal att förstå patienters olika källor till hopp, och

framförallt att en god vård kan bistå med hopp. Eriksson (1994) skriver vidare att tro, hopp och kärlek är vårdandets grund för att skapa god vård och därmed lindra lidande.

Patienter finner tröst hos sin spiritualitet och tro (Welstand et al., 2009). Enligt Davidson et al., (2007) är hopp en viktig del för hjärtsviktpatienters livskvalitet och även behandlingsresultat, de menar även att spiritualitet och hopp som fenomen är närbesläktade. Spiritualitet och religion är två olika koncept enligt Davidson, et al (2007), spiritualitet innebär sökande efter meningen med livet medans religion har en specifik tro och struktur. Resultatet visar dock på att patienter hittar sin mening med livet genom religionen, och att religion är en viktig del för hoppet i andra avseenden, såsom det sociala välbefinnandet. Skillnaden i resultaten mellan denna uppsats och Davidson, et al (2007) kan förklaras med att Davidson syfte var att specifikt utforska hoppets roll hos hjärtsjuka patienter. Denna studies resultat bygger på ett bredare syfte och därmed även religionens betydelse för patientens välmående i andra avseenden. Resultatet visar även på att de patienter utan religiös tillhörighet eller nära närstående i större utsträckning vänder sig till vårdpersonal med existentiella tankar. Eftersom hjärtsvikt är en vanlig diagnos och dödligheten är hög är det ofrånkomligt att sjuksköterskor kommer att ha existentiella samtal med dessa patienter.

Dalhberg och Segesten (2010) menar att hälsa innebär att leva efter sina önskemål och kunna genomföra de små eller stora livsprojekt människor behöver för att känna känslan av ett gott liv. Resultatet visar på att patienter, för att leva det livet de önskar, behöver acceptera och anpassa sig efter sjukdomen. Patienter utvecklar metoder och strategier som en del av anpassningen och positivt tänkande är viktigt för deras acceptans. Resultatet visar vidare att patienter upprätthåller livskvalitet när de fokuserar på positiva tankar; en tacksamhet för att vara vid liv och uppskattning över de kvarvarande förmågorna. Welstand et al., (2009) resultat visar på att patienter upprätthåller en positiv attityd genom att inte ta på sig rollen som "den sjuke" samt acceptera sin begränsningar. Resultatet och tidigare forskning visar såvida på vikten av acceptansen av begränsningarna som hjärtsvikten ger. Det bör därför vara av vikt för sjuksköterskor att i möten med patienten hjälpa denne att se begränsningar och ge konkreta förslag på hur patienten kan komma runt dessa.

Konklusion

Hjärtsviktpatienter upplever lidande med ursprung ur symtom och en bristande vård. De finner hälsa och välbefinnande i spiritualitet, närstående och en god vård. Hela hjärtsviktpatientens livsvärld påverkas och detta behöver sjuksköterskan bemöta och ha i åtanke vid vårdande möten. För att förhindra ytterligare lidande behöver patienten uppleva kontinuitet och förståelse från vården. Sjuksköterskor bör beakta patienters varierande erfarenheter med vården samt deras individuella upplevelser av livet med hjärtsvikt. De bör lyssna och ta in patienters berättelser gällande hjärtsvikten för att på bästa sätt vårda patienten. Förståelsen ska inte enbart beröra patientens sjukdomssymtom utan även patientens behov av spiritualitet. Denna kan bemötas genom att sjuksköterskan är öppen för att ha existentiella samtal med patienten, eller att sjuksköterskan hänvisar till en sjukhuspräst

eller liknande profession. Sjuksköterskor kan ge ytterligare stöd i form av vårdande samtal, där de stöder patienten att acceptera och anpassa sig efter de nya begränsningarna, för att hjärtsviktspatienter lättare ska kunna möta de vardagliga utmaningarna de ställs inför.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet i studien ger sjuksköterskor en större förståelse för hur hjärtsvikt påverkar patienter samt hur patienter ser på möten med vården. Den kliniska verksamheten har nytta av resultatet då det pekar på både positiva och negativa aspekter i dagens vård av denna stora patientgrupp. För att förhindra vårdlidande samt lindra sjukdomslidande och livslidande krävs det att sjuksköterskan ser till hela patientens livsvärld. Framtida forskning på ämnet bör göras med snävare patientgrupper, till exempel geografiskt eller könsmässigt, detta för att ytterligare bredda förståelsen av hur patientgrupper hanterar och upplever sin sjukdom. Vidare forskning skulle även kunna bedrivas ur ett vårdpersonal perspektiv, då det är av intresse att sprida kunskap och erfarenhet av hur patientgruppen bemöts.

REFERENSER

Abshire, M., Xu, J., Dennison Himmelfarb, C., Davidson, P., Sulmasy, D., Kub, J., ... Nolan, M. (2015). Symptoms and fear in heart failure patients approaching end of life: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21/22), 3215–3223.

Albert, Nancy M. Heart & Lung Depressed patients understand heart failure prognosis but not how to control it *The Journal of Acute and Critical Care*, Volume 38, Issue 5, 382 – 391

*Albert, N. M., Forney, J., Slifcak, E., & Sorrell, J. (2015). Understanding physical activity and exercise behaviors in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 44(1), 2–8.

Bryson CL, Mukamal KJ, Mittleman MA, Fried LP, Hirsch CH, Kitzman DW, ... Siscovick. (2006). The association of alcohol consumption and incident heart failure: the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*, 48(2), 305–311.

Chapa, D. W., Akintade, B., Heesook, S., Woltz, P., Hunt, D., Friedmann, E., & ... Thomas, S. A. (2014). Pathophysiological Relationships Between Heart Failure and Depression and Anxiety. *Critical Care Nurse*, 34(2), 14-25.

Cline, C., Israelsson, B., Willenheimer, R., Broms, K., & Erhardt, L. (1998). Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart*, 80(5), 442–446

Conley, S., Feder, S., & Redeker, N. S. (2015). The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. *Heart & Lung*, 44(2), 107–112.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Davidson PM, Dracup K, Phillips J, Daly J, & Padilla G. (2007). Preparing for the worst while hoping for the best: the relevance of hope in the heart failure illness trajectory. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(3), 159–165.

*Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, & Moser DK. (2009). Living with depressive symptoms: patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(4), 310–318.

Dunlay, S., Redfield, M., Weston, S., Therneau, T., Hall Long, K., Shah, N., & Roger, V. (2009). Hospitalizations After Heart Failure Diagnosis. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 54(18), 1695-1702.

Ericson, E & Ericson, T. (2012) *Medicinska sjukdomar*. (4:e uppl) Lund: Studentlitteratur AB

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

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

*Falk S, Wahn AK, & Lidell E. (2007). Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(3), 192–199.

Gheorghiu, V., & Barkley Jr, T. W. (2017). Identification and Prevention of Secondary Heart Failure: A Case Study. *Critical Care Nurse*, 37(4), 29-35.

Heckman, G., McKelvie, R., & Rockwood, K. (2017). Individualizing the care of older heart failure patients. *Current Opinion In Cardiology*, 1.

Henricson, M. (Red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144113289.

Henricson, M. (2017). Diskussion. Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl). s. 411-420. Lund: Studentlitteratur AB

*Heo S, Lennie TA, Okoli C, & Moser DK. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung*, 38(2), 100–108.

*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.

Högskolan i Skövde. (2Z17). Ämnet omvårdnad- Definition, beskrivning och progression. Skövde: Högskolan i Skövde, institutionen för hälsa och lärande

Inamdar, A. A., & Inamdar, A. C. (2016). Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. *Journal of Clinical Medicine*, 5(7), 62.

Johansson, P., Nieuwenhuis, M., Lesman-Leegte, I., van Veldhuisen, D. J., & Jaarsma, T. (2011). Depression and the delay between symptom onset and hospitalization in heart failure patients. *European Journal Of Heart Failure*, 13(2), 214-219

Jangland E, Gunningberg L, & Carlsson M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education & Counseling*, 75(2), 199–204.

Klang, B. (2014). *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande: en praktisk och teoretisk grundbok*. Harlow: Pearson.

*Kraai, I. H., Vermeulen, K. M., Hillege, H. L., & Jaarsma, T. (2018). “Not getting worse” a qualitative study of patients perceptions of treatment goals in patients with heart failure. *Applied Nursing Research*, 39, 41–45.

McMurray, J. J. V., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... Ponkiowski, P. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Journal of Heart Failure*, 14, 803-869.

Nahlén Bose, C., Elfström, M. L., Björling, G., Persson, H., & Saboonchi, F. (2016). Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 704–713.

*Pihl, 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.

*Rodriguez KL, Appelt CJ, Switzer GE, Sonel AF, & Arnold RM. (2008). “They diagnosed bad heart”: a qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart & Lung*, 37(4), 257–265.

*Ross, L., & Austin, J. (2015). Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 87–95.

Rutledge, T., Reis, V., Linke, S., Greenberg, B., & Mills, P. (2006). Depression in Heart Failure. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 48(8), 1527-1537.

*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.

*Sampaio, C., Renaud, I., & Ponce Leão, P. (2018). “When illness dictates who I am”: A hermeneutic approach to older adults with heart disease. *Nursing Forum*, 53(3), 324–332.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Skär, L., & Söderberg, S. (2018). Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nursing Open*, 5(2), 224–232

Socialstyrelsen. (2015). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm:2015. Hämtad:20180517Från:<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-10-4>

Socialstyrelsen (2018). *Termbanken*. Hämtad 3 november, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/psidata/termbanken>

Strömberg, A. (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur AB.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Svensk sjuksköterskeförening värdegrund för omvårdnad Reviderad 2016*. Hämtad 18 oktober, 2018, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/>

Svensk sjuksköterskeförening (u.å). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för jämlik vård och hälsa*. Hämtad 18 oktober, 2018, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/jamlik-var-d-och-halsa/>

Yu, M., Chair, S. Y., Chan, C. W., & Choi, K. C. (2016). Information needs of patients with heart failure: Health professionals' perspectives. *International Journal Of Nursing Practice*, 22(4), 348-355.

*Wagner, M., Nielsen, K., Errboe, P., & Haahr, A. (2017). Exploring lifestyle changes in women with ischemic heart disease. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(4), 226–232.

*Walthall, H., Jenkinson, C., & Boulton, M. (2017). Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13/14), 2036–2044.

Welstand J, Carson A, & Rutherford P. (2009). Living with heart failure: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1374–1385.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur. ISBN 91-27-09457-X.

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

Östlundh, L. (2012) *Informationssökning*. Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats*. s. 59-82Lund: Studentlitteratur AB

Bilaga 1

Databas Datum	Sökord	Träffar/Lästa titlar	Lästa abstract	Valda artiklar
Cinahl 2018-08-30	heart fail* AND lifestyle	148	10	3
Cinahl 2018-09-04	Heart fail* AND physical activity* AND Treatment*	85	24	1
CINAHL 2018-09-04	Heart failure AND physical activity effect*	18	1	1
CINAHL 2018-09-05	Heart failure AND physical activity AND experience	19	1	1
Medline 2018-09-06	Heart Failure AND elderly AND experience AND qual*	54	5	2
Cinahl 2018-09-10	heart failure AND qual* AND interview* AND experience	164	16	5
Cinahl 2018- 09-11	heart failure AND coping AND patient AND qual*	78	5	2

Bilaga 2

Författare Titel Tidsskrift Årtal	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Förekomst av forskningsetiska överväganden	Artikeln ns Kvalitet
<p>Författare: Kraai, I. H., Vermeulen, K. M., Hillege, H. L., & Jaarsma, T</p> <p>Titel: “Not getting worse” a qualitative study of patients perceptions of treatmentgoals in patients with heart failure</p> <p>Tidsskrift: Applied Nursing ResearchT</p> <p>Årtal: 2018</p>	<p>Syfte: Syftet med studien var att utforska vilka behandlingsmål som patienter med hjärtsvikt uppfattade som viktiga för deras behandling och identifiera vilka behandlingsmål som prioriteras.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Kvalitativ design, en fokusgrupp intervju genomfördes och data analyserades med kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Resultat Temat som identifierades namngavs som “att inte bli sämre” Temat hade 4 subteman som beskrev patienters upplevelser av målen med deras behandling, hur symtom kan minskas och hur man kan förbättra fysisk förmåga</p>	<p>Undersökningen gjordes i överensstämmelse med Helsinkideklarationen. Medicinska Etiska komiteen godkände studien.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Ross, L., & Austin, J.</p> <p>Titel: Spiritual needs and spiritual support preferences of people withend-stage heart failure and their carers: implications for nursemanagers</p> <p>Tidsskrift: Journal of Nursing management</p>	<p>Syfte: Identifiera spiritutella behov och spirituella stöd preferenser hos patienter med hjärtsvikt</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Semi-strukturerade intervjuer med 16 hjärtsvikts patienter</p>	<p>Resultat: Patienter kämpade med existentiella bekymmer samtidigt med de fysiska och emotionella svårigheter hjärtsvikten orsakar. De existentiella bekymren sammanfattades i 3 teman. När patienternas hälsa försämrades, ändrades inställning från att slåss mot sjukdomen till</p>	<p>Etiskt godkännande gavs av Sydöstra Wales forskningsetiska komitee</p>	<p>Hög</p>

<p>Årtal: 2015</p>			<p>att göra det mesta av tiden som de hade kvar. Spirituella bekymmer kan underlättas av att prata med exempelvis professionell personal</p>		
<p>Författare: Lena Hägglund, Kurt Boman, Berit Lundman</p> <p>Titel: The Experience of Fatigue among Elderly Women with Chronic Heart Failure</p> <p>Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Årtal: 2008</p>	<p>Syfte: Belysa upplevelsorna av "fatigue" hos äldre kvinnor med kronisk hjärtsvikt</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Narrativa intervjuer genomfördes med 10 kvinnor diagnoserade med kronisk hjärtsvikt. Ålder 73-89 år. Intervjuerna blev analyserade med hjälp av kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Resultat: Två teman identifierades: Leva med en förlust av fysisk energi samt Stråvan efter självständighet under medvetandet av en konstant försämring av hälsan.</p>	<p>Undersökningen gjordes i överensstämmelse med Helsinkideklarationen och blev godkänd av etiska kommittéen vid Umeå universitet.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Marie Ryan, Mary Farrelly</p> <p>Titel: Living with an Unfixable Heart: A Qualitative Study Exploring the Experience of Living with Advanced Heart Failure</p> <p>Tidsskrift: European journal of Cardiovascular Nursing</p>	<p>Syfte: Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av att leva med avancerad hjärtsvikt.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Intervjuer spelades in och transkriberades och analyserades kvalitativ</p>	<p>Resultat: Fyra teman identifierades: Leva i skuggan av rädsla, "running on empty", att leva ett restriktat liv samt en kamp mot systemet.</p>	<p>Etiska principer för medicinsk forskning involverade människor följdes och studien godkändes av sjukhusets etiska komitee. Deltagare blev skickade ett inbjudningsbrev som innehöll information om syftet med studien. De som ville delta skrev under sitt godkännande innan intervjuerna.</p>	<p>Hög</p>

Årtal: 2009					
<p>Författare: Cheryl Hoyt Zambroski</p> <p>Titel:Qualitative analysis of living with heart failure</p> <p>Tidsskrift: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care</p> <p>Årtal: 2003</p>	<p>Syfte: Syftet med studien var att beskriva upplevelserna av patienter som lever med hjärtsvikt. Specifika mål för studien var att beskriva problem, utmaningar och processen med att leva med hjärtsvikt.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Intervjuer som analyserades med hjälp av grundad teori metod</p>	<p>Resultat: Tre kategorier identifierades och tolkades som metaforer till navigationsvetenskap</p>	Undersökningen gjordes i överensstämmelse med Helsinkideklarationen	Hög
<p>Författare: Solvig Falk, Anna-Karin Wahn, Evy Lidell</p> <p>Titel: Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study</p> <p>Tidsskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Syfte: Beskriva hur personer med kronisk hjärtsvikt uppfattar det dagliga livets underhåll. "maintenance"</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Femenografisk metod. 17 patienter intervjuade.</p>	<p>Resultat: Fem kategorier identifierades kring hur patienter med hjärtsvikt upprätthöll sitt dagliga liv.</p>	Undersökningen följer helsinki deklarationens principer samt blev godkänt av Lunds universitets medicinska avdelning.	Hög
<p>Författare: Helen Walthall, Crispin Jenkinson, Mary Boulton</p>	<p>Syfte: Utforska hur patienter med kronisk hjärtsvikt beskriver deras erfarenheter av</p>	<p>Metod: Intervjuer som analyserades med hjälp av kvalitativ</p>	<p>Resultat: Alla deltagare rapporterade att de upplevde andningsdyspné dagligen. Fyra subteman</p>	Studien blev godkänd av nationella forskningsetiska "service". Undersökningen följer Helsinki deklarationens principer	Hög

<p>Titel: Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. Tidsskrift: Journal of Clinical nursing Årtal: 2016</p>	<p>andfåddhet och hur deras dagliga liv påverkas och hur dem anpassar sig och hanteras symtomen Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>innehållsanalys.</p>	<p>identifierades: Dyspnens natur, emotionell påverkan av dyspnen, dyspnens inverkan på dagliga livet samt hanteringen av att leva med andningsdyspne</p>		
<p>Författare: Jennifer Forney, Ellen Slifcak, Jeanne Sorrell Titel: Understanding physical activity and exercise behaviors in patients with heart failure Tidskrift: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care Årtal: 2014</p>	<p>Syfte: Utforska uppfattningen av fysisk aktivitet/träning hos patienter med kronisk hjärtsvikt Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: 48 deltagare blev intervjuade. De var 58.8 +/- 13.2 år gamla och var diagnostiserade med hjärtsvikt. Intervjun bestod av 10 öppna frågor som deltagarna skulle svara på.</p>	<p>Resultat: Patienterna hade inte fått tillräcklig information om träning vid hjärtsvikt från vårdpersonalen. Patienterna kände oro både inför att träna och att inte träna. Att det var svårt att få tid till träning och att livet kommer emellan. Vikten av att patienterna får meningsfullt stöd samt en känslomässig koppling till träningen. Att värdera träning är inte samma sak som att ha motivationen till att utföra den.</p>	<p>Studien blev godkänd av sjukhusets etiska kommitte.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Europe E, & Tyni-Lenné R Titel: Qualitative analysis of the male</p>	<p>Syfte: Att få större inblick i patienters perspektiv på hur det är att leva med hjärtsvikt.</p>	<p>Metod: 20 män mellan 43-73 år med hjärtsvikt blev intervjuade</p>	<p>Resultat: Sjukdomen orsakar symptom som kan vara begränsande eller livshämmande. Fatigue är ett</p>	<p>Deltagarna gav informerat samtycke till studien och studien blev godkänd av den lokala etik komiteen</p>	<p>Hög</p>

<p>experience of heart failure</p> <p>Tidskrift: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>med öppna frågor.</p>	<p>stort problem som påverkar livet i stor grad och försvårar möjligheten till fysisk aktivitet. Många upplever också att påverkar det sociala livet och sexuella relationer negativt, samt att det får känslomässiga konsekvenser, exempelvis oro, ångest, depression, vilket i sin tur försvårar att genomföra en positiv livsstilsförändring.</p>		
<p>Författare: Sonel, F. Arnold, M.</p> <p>Titel:They diagnosed bad heart: A qualitative exploration of patients knowledge about and experiences with heart failure</p> <p>Tidskrift: Heart & Lung</p> <p>Årtal: 2007</p>	<p>Syfte: Att kvalitativt utforska patienters kunskap och erfarenheter av hjärtsvikt.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Data samlades från 25 telefonintervjuer med öppna frågor. Deltagarna var vuxna som diagnostiserats med hjärtsvikt.</p>	<p>Resultat: Att drabbas av hjärtsvikt beskriver många som att den fysiska funktionen har blivit sämre inklusive en upplevelse av försämrad livskvalitet. Många beskriver att de måste sakta ner och att de inte längre kan eller orkar göra sådant de vill göra på grund av trötthet. Att bli begränsad av hjärtsvikten skapar ilska och frustration.</p>	<p>Studien blev godkänd av VA Pittsburgh system international review board.</p>	<p>Hög</p>

<p>Författare: Sampaio, C. Renaud, I. Ponce Leao, P.</p> <p>Titel: When illness dictates who I am: A hermeneutic approach to older adults with heart disease</p> <p>Tidskrift: Nursing forum: an independent voice for nursing</p> <p>Årtal: 2018</p>	<p>Syfte: Att beskriva äldre människors erfarenheter av att leva med hjärtsvikt och hur personlig värdighet i livet kan skapas.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Data samlades från intervjuer med 12 portugisiska äldre människor med avancerad hjärtsvikt.</p>	<p>Resultat: Resultatet gav två huvudteman, perspektivet av sig själv som sårbar och som betydelsefull person.</p>	<p>Studien blev godkänt av kliniska forskningsundersökningskommittén. Alla deltagare gav skriftligt godkännande till att medverka.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Emma pihl, Bengt Fridlund, Jan mårtensson</p> <p>Titel: Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Syfte: Beskriva hur patienter med hjärtsvikt uppfattade deras fysiska begränsningar i dagliga aktiviteter.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Intervjuer som analyserades Fenomenografiskt</p>	<p>Resultat: Behov av att hitta praktiska lösningar i vardagen. Ha realistiska förväntningar om framtiden. Många hade bristande tilltro till sin egen förmåga att öka sin vardagliga aktivitet. Deltagarna beskrev att de tappade sitt sociala nätverk och deras position i samhället samt familjen på grund av begränsad fysisk kapacitet.</p>	<p>Studien blev godkänd av en etisk komitee i Halmstad</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Wagner, M., Nielsen, K.,</p>	<p>Syfte: Utforska livsstilsförändringar hos</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie med analys</p>	<p>Resultat: Tre teman kom fram: "Hjärtsjukdom;</p>	<p>Undersökningen följde Helsinki deklARATIONENS principer</p>	<p>Hög</p>

<p>Errboe, P., & Haahr, A.</p> <p>Titel: Exploring lifestyle changes in women with ischemic heart disease</p> <p>Tidskrift: Nordic Journal of Nursing Research</p> <p>Årtal: 2017</p>	<p>kvinnor lidande av hjärtsjukdom</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>inspirerad av Malteruds systematiska textkondensering</p>	<p>en livsförändrande händelse”, “Sociala livet, både hindrande och främjande av livstilsförändringar” samt “Upprätthållande av förändringar; en pågående utmaning och ett medvetet val.”</p>		
<p>Författare: Heo, Lennie TA, Okoli C, Moser DK.</p> <p>Titel: Quality of life in patients with heart failure: ask the patients.</p> <p>Tidskrift: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care</p> <p>Årtal: 2008</p>	<p>Syfte: Studien utforskade hur patienter med hjärtsvikt definierar och uppfatar livskvalitet</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera 20 semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Resultat: Patienterna definierade livskvalitet i tre olika teman: 1. Förmåga att utföra önskade fysiska och sociala aktiviteter. 2. Bibehålla glädje. 3. Ha meningsfulla relationer med andra. Patienter upplevde att hjärtsvikt hade stor påverkan på livskvaliteten, men de flesta ansåg sig ha en god livskvalitet ändå.</p>	<p>Informerat samtycke gavs av samtliga patienter efter förklaring av syfte och procedur av artikeln</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, och Moser DK.</p> <p>Titel: Living with depressive symptoms: patients with heart failure.</p>	<p>Syfte: Beskriva hjärtsviktspatienters erfarenheter av att leva med depressiva symtom</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Metod: Kvalitativ deskriptiv design tillämpades. Data insamlades genom intervjuer</p>	<p>Resultat: Deltagarna beskrev emotionella och somatiska symtom av depression. Negativt tänkande fanns oss samtliga deltagare och förstärkte deras depression. Strategier</p>	<p>Lokala etik Institutet granskningsnämnd gav godkännande till studien.</p>	<p>Hög</p>

Tidskrift: Quality of Life Issues American Journal of Critical Care Årtal: 2009			beskrevs i hur patienterna hanterade sina depressiva symtom		
---	--	--	---	--	--

Bilaga 3

Granskningsmall för kvalitativa studier enligt Friberg (2017).

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats? • Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet? • Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden till exempel vårdvetenskapliga antaganden?