

EXAMENSARBETE

När Livet Sviktat

Hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin hälsa och livskvalitet

When Life Fails

How women with heart failure experience their health and quality of life

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15Högskolepoäng
Vårtermin 2010

Karin Jansson

Handledare: Anette Elovson
Examinator: Elisabeth Kylberg

SAMMANFATTNING

- Titel: När livet sviktar – Hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin hälsa och livskvalitet.
- Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
- Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
- Författare: Jansson, Karin
- Handledare: Elovson, Anette
- Sidor: 19
- Månad och år: Maj, 2010
- Nyckelord: Hjärtsvikt, kvinnor, livskvalitet

Hjärtsvikt ökar i både incidens och prevalens i industrialiserade länder. Sjukdomen resulterar i att många av dessa patienter får symtom så som trötthet och andfåddhet. Dessa symtom bidrar i sin tur till att individernas liv påverkas och att deras livskvalitet sänks. Trots att prevalensen av hjärtsvikt är relativt lika hos män och kvinnor är majoriteten av all forskning på ämnet gjord på män. Syftet med studien är att beskriva hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin hälsa och livskvalitet. Metoden som valts för att uppnå syftet är en litteraturbaserad studie. Artikelsökning genomfördes i databaser och även en manuell sökning genomfördes. Åtta publicerade, vetenskapliga och kvalitativa artiklar analyserades till resultatet. Genom analys av artiklarna identifierades tre huvudkategorier och två subkategorier. Huvudkategorierna är "Förändringar och förluster", "Att acceptera sin livssituation" och "Upplevelsen av stöd från omgivningen". Subkategorierna tillhör huvudkategorin "Förändringar och förluster" och heter "Fysiska" och "Sociala". Kategorierna skildrar kvinnornas upplevelse av att leva med hjärtsvikt. Hjärtsvikten påverkade kvinnornas vardag och bidrog till både fysiska och sociala förändringar. Kvinnorna kände att livet var meningsfullt genom att glädjas åt de aktiviteter de fortfarande klarade av. Stöd från anhöriga och vänner ansågs vara en trygghet när det betraktades som pålitligt.

ABSTRACT

Title: When life fails – How women with heart failure experience their health and quality of life.

Institution: School of Life Sciences, University of Skövde.

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Jansson, Karin

Supervisor: Elovson, Anette

Pages: 19

Month and year: May, 2010

Keywords: Heart failure, women, quality of life

Heart failure is increasing in both prevalence and incidence in industrialized countries. The disease contributes to many of the patients' perceived symptoms such as fatigue and shortness of breath. These symptoms can affect the individuals' lives and reduce the quality of life. Although the prevalence of heart failure is relatively equal for men and women most research on the subject has been focused on men. The purpose of this study was to describe how women with heart failure experience their health and quality of life. The chosen method to achieve the object was a literature-based study. Article search was conducted in databases. A manual search was conducted additionally. Eight published, scientific and qualitative articles were analyzed for the result. Through analysis of the articles three main categories and two subcategories were identified. The main categories were "Changes and losses", "To accept their life situation" and "The perception of support from their surroundings". The two subcategories belong to the main category "Changes and Losses" and are called "Physical" and "Social". The categories depict women's experience of living with heart failure. Heart failure affected the women's daily lives and contributed to both physical and social changes. The women felt that their lives were meaningful by being glad about the activities they still could perform. Support from family and friends were considered as a security when it was regarded as reliable.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Hjärtsvikt	1
Livskvalitet	2
Könsskillnader	3
Omvårdnad.....	4
Omvårdnadsteoretisk Referensram	5
Problemformulering.....	5
SYFTE	5
Frågeställning.....	5
METOD	6
Urval och Datainsamling	6
Data analys.....	6
Etiska överväganden	7
RESULTAT	7
Förändringar och förluster	8
Fysiska	8
Sociala.....	8
Att acceptera sin livssituation	9
Upplevelsen av stöd från omgivningen	10
Sammanfattning	11
DISKUSSION.....	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Konklusion.....	14
REFERENSLISTA	16
BILAGA 120	
BILAGA 2	

INLEDNING

Idag lever upp till 180 000 människor i Sverige med hjärtsvikt (Agvall, Borgquist, Foldevi & Dahlström, 2005). Fler kommer det att bli på grund av att det finns bättre möjligheter att rädda de som drabbas av hjärtinfarkt och att livslängden ökar i industrialiserade länder, därmed ökar andelen äldre i samhället (Hunt et al, 2005). Trots att vården och behandlingen av hjärtsvikt har utvecklats genom nya läkemedel det senaste decenniet (Nordgren, 2008), har många av de drabbade fortfarande dålig livskvalitet (Reidinger, Dracup, Brecht, Padilla, Sarna & Ganz, 2001). Många känner hopplöshet och sorg över en ofrivillig livssituation (Nordgren, 2008). Avsevärda summor spenderas på hjärtsviktsvården varje år (Agvall et al, 2005). Det har visat sig att individer med låg livskvalitet oftare söker vård än individer med god livskvalitet (Reidinger et al, 2001). Stora delar av forskning på hjärtsvikt är gjord på män (a a), detta trots att prevalensen av sjukdomen är relativt lika för män och kvinnor (Strömberg & Mårtensson, 2003). Därför inriktar sig denna studie på att beskriva hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin livssituation.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Både incidensen och prevalensen för hjärtsvikt ökar i industrialiserade länder (Falk, Wahn & Lidell, 2007). Hunt et al (2005) menar att ökningen beror på att det finns bättre möjligheter att rädda de som drabbas av hjärtinfarkt och att livslängden i dessa länder ökar, därmed ökar andelen äldre. I Sverige är prevalensen för hjärtsvikt 1,5-2%, vilket betyder att omkring 135 000 – 180 000 av befolkningen har hjärtsvikt (Agvall et al, 2005). Ungefär 80 % av de som har hjärtsvikt är äldre än 75 år och i den andel av befolkningen som är 80 år och äldre är 10 % drabbade (Falk et al, 2007). Eftersom antalet äldre i befolkningen ökar, leder det till en ökad förekomst av hjärtsvikt (Hunt et al, 2005).

Data från 1995 visar att hjärtsvikt är en av de vanligaste orsakerna för sjukhusvård i Sverige. Det framkom att hjärtsvikt var den fjärde vanligaste orsaken för sjukhusvård för hela befolkningen och den vanligaste orsaken hos patienter över 65 år (Rydén- Bergsten & Andersson, 1999). Detta innebär att avsevärda summor spenderas på hjärtsviktsvården varje år (Agvall et al, 2005). Agvall et al beräknade att den totala kostnaden för vården av hjärtsvikt uppgick till ca 5-6.7 miljarder kronor varje år och att kostnaden för varje enskild individ med hjärtsvikt per år är omkring 37 000 kronor. Inga signifikanta skillnader i kostnad per individ upptäcktes gällande kön, NYHA- klass eller ålder (a a). Det är därför viktigt att försöka minska behovet av dyr sjukhusvård utan en negativ inverkan på livskvalitet, sjuklighet och dödlighet enligt Rydén- Bergsten & Andersson (1999). Enligt Reidinger et al (2001) påverkar god livskvalitet inte bara individen utan också kostnaderna

för sjukvård. Patienter med sänkt livskvalitet söker oftare vård och behöver mer ofta sjukhusvård (a a). Även Alla, Briancon, Guillemin, Juilliere, Mertes och Villemot (2002) styrker detta som genom sin studie har kommit fram till att sänkt livskvalitet ökar sjukhusinläggningar och mortaliteten hos patienter med hjärtsvikt.

Hjärtsvikt är ett tillstånd som innebär att hjärtat är oförmöget att pumpa ut tillräckligt med blod i kroppen. Det är ett progressivt syndrom som utvecklas under flera års tid (Remme & Swedberg, 2001). Hjärtsvikt kan antingen innebära vänsterkammarsvikt eller högerkammarsvikt. Vänsterkammarsvikt är det vanligaste, högersvikt uppstår sällan som primär högerkammarsvikt utan uppkommer pga. kronisk vänsterkammarsvikt. Vid vänsterkammarsvikt har vänster kammare svårt att upprätthålla adekvat minutvolym. Då stiger trycket bakåt i venerna i lungkretsloppet och patienten kan uppleva ett tryck över bröstet. Som ett resultat av att blodet ansamlats i lungkretsloppet kan ödem bildas i lungorna. Detta bidrar till att syresättningen av blodet minskar och patienten upplever andningsbesvär och trötthet. Vid högerkammarsvikt klarar kammaren inte av att pumpa blodet vidare till lungkretsloppet, detta resulterar i ett ökat tryck i venerna i det stora kretsloppet. Då trycket i venerna i det stora kretsloppet ökar kan det resultera i ödem i perifera vävnader, t.ex. i benen (Strömberg, 2005).

Hjärtsvikt kan antingen vara kronisk eller akut (Nordgren, 2008), denna litteraturbaserade studie berör enbart kronisk hjärtsvikt. Uppkomsten av hjärtsvikt beror i allmänhet på ischemisk hjärtsjukdom eller högt blodtryck men ytterligare orsaker finns (Ezekowitz, Kaul, Bakal, Armstrong, Welsh & McAlister, 2009; Hunt et al, 2005). De vanligaste symtomen vid hjärtsvikt är trötthet, andfåddhet, svullna ben och ödem (Barnes et al, 2006). För att beskriva graden av hjärtsvikt används vanligen New York Heart Associations (NYHA) skattningsskala, denna skala är subjektiv. Skalan är indelad i fyra steg där klass I är mildast (inga symtom) och klass IV är svårast (symtom vid vila) (Hunt et al, 2005; Nordgren & Sörensen, 2003).

När hjärtsvikt diagnostiseras utgår man från symtom, sjukdomshistoria och kliniska undersökningar (Hunt et al, 2005). Trots att utvecklingen inom vården av hjärtsvikt går framåt så är prognosen dålig. Det finns studier som visar på att graden av överlevnad är att jämföra med många former av cancer (Stewart, MacIntyre, Hole, Capewell, & McMurray, 2001). Den genomsnittliga överlevnaden för patienter med hjärtsvikt grad IV över en femårsperiod är 50 % (Nordgren & Sörensen, 2003).

Livskvalitet

Livskvalitet som begrepp används ofta för att sammanfatta välbefinnandet och livssituationen hos en person. Livskvalitet kan tolkas och studeras på olika sätt, men inom sjukvården är det den hälsorelaterade livskvaliteten som är av störst intresse (Strömberg, 2005). Denna form av livskvalitet inriktar sig på skillnaden mellan patientens faktiska och förväntade hälsostatus (Masoudi et al, 2004). Livskvalitet är ett subjektivt begrepp och

innefattar ett flertal olika områden. Det kan innefatta arbete, sociala kontakter, fritidsaktiviteter med mera. Begreppet kan beskrivas som en persons psykiska välbefinnande. Att personen är nöjd med sitt liv, känner engagemang och gemenskap (Bowling, 1995). Moons, Budts och Geest (2006) jämför god livskvalitet med att vara tillfreds med livet.

Trots att intresset av livskvalitet som begrepp har ökat de senaste åren finns det ingen enig definition av begreppet. Det anses som en viktig parameter för att utvärdera kvalitet och resultat av hälso- och sjukvård. Framförallt används begreppet i forskning kring kroniska sjukdomar (Moons et al, 2006). Förutsättningar för god livskvalitet bör skiljas från livskvalitet i sig. Dålig hälsa kan självklart bidra till minskad livskvalitet men bör inte automatiskt identifieras med dålig livskvalitet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003)

I en studie av Bowling (1995) undersöktes vad som var viktigast i människors liv. Det visade sig att det som var viktigast och påverkade livskvaliteten mest hos människor varierade beroende på om individen var frisk eller sjuk. Hos kroniskt sjuka värderades hälsan högst men även sociala kontakter medan hos friska individer var det viktigaste relationer med familj och vänner, därefter följde ekonomisk standard (Bowling, 1995). Hjärtsvikt påverkar ofta livskvaliteten till det sämre på grund av att det är en kronisk sjukdom som påverkar många av kroppens funktioner till det sämre med resultatet andfåddhet, trötthet med mera (Reidinger et al, 2001).

Tidigare forskning på individer med hjärtsvikt och deras livskvalitet har visat att det som påverkar mest är omfattningen av symtom och hur det påverkar möjligheten att utföra aktiviteter så som arbete och sociala aktiviteter. Det har dock visat sig att det inte enbart beror på dessa faktorer hur livskvaliteten påverkas utan att även individuella karaktärsdrag så som personlighet inverkar på hur personen uppfattar sin livssituation. Därför är det viktigt att vården av dessa patienter är individuellt anpassad (Johansson, Dahlström & Broström, 2006). Heo, Lennie, Okoli och Moser (2009) visar i sin studie att patienter med hjärtsvikt definierar sin livskvalitet genom möjligheterna att utföra önskade fysiska och sociala aktiviteter, att bibehålla lycka och att upprätthålla meningsfulla relationer till andra. Deltagarna i studien ansåg att deras livskvalitet påverkades i stor utsträckning av hjärtsvikt men att deras livssituation trots detta var god.

Könsskillnader

Strömberg och Mårtensson (2003) visar på att prevalensen för hjärtsvikt är relativt lika hos män och kvinnor, men det finns skillnader i ålder. Det är fler män under åttio som drabbas av hjärtsvikt medan det är vanligare hos kvinnor i åldrarna över åttio. Det är fler män som insjuknar med hjärtsvikt men eftersom kvinnor lever längre med sjukdomen så är antalet drabbade relativt lika mellan könen. Den vanligaste orsaken för insjuknande i hjärtsvikt

hos män och äldre kvinnor är ischemisk hjärtsjukdom, medan hos yngre kvinnor är den vanligaste orsaken icke- ischemisk hjärtsjukdom så som högt blodtryck. Trots att prevalensen är relativt lika hos män och kvinnor är majoriteten av all forskning på ämnet gjord på män. Därför finns ingen heltäckande bild av könsskillnader för kronisk hjärtsvikt (a a). Detta gäller även för studier om livskvalitet hos hjärtsviktpatienter. Antalet studier gjorda på kvinnor med hjärtsvikt är färre än antalet gjorda på män och även i de studier båda könen studeras är urvalet av kvinnor ofta färre (Reidinger et al, 2001).

Forskning som inriktat sig på hur män med hjärtsvikt uppfattar sin livssituation visar på att det är en mycket stor omställning att drabbas av en kronisk sjukdom. Det kan leda till en mental kris som individen kan ha svårt att klara på egen hand. De känner att varken de själva eller någon annan kan påverka deras livssituation. Det har dock visat sig att med information, undervisning och stöd från en sjuksköterska kan situationen förbättras (Mårtensson, Karlsson & Fridlund, 1997). De män som deltog i en studie av Europe och Tyni-Lenné (2004) ansåg att de stora förändringarna i livet till följd av hjärtsvikt påverkade livet på många plan, så som fysiskt, känslomässigt, kognitivt, socialt och yrkesmässigt. De blev tvungna att anpassa sin livsstil efter sjukdomen, männen blev även mer medvetna om sin fysiska förmåga och begränsningar och de skapade psykiska strategier för att klara sig genom dagen.

Omvårdnad

Målet för omvårdnad är att förebygga sjukdom och ohälsa, främja god hälsa utifrån patientens individuella förutsättningar, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död. Vården ska bedrivas på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet och stöd i behandling och vård. Det är av stor vikt att sjukvårdspersonal ser människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sig på sjukdomstillståndet. Dessutom ska goda kontakter mellan patient och sjukvårdspersonal främjas. Vården ska i så stor utsträckning som möjligt utformas och genomföras i samråd med patient och anhöriga. Patienten ska även ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd för möjlighet att ta egna välinformerade beslut om sin sjukdom och behandling (SFS 1982:763).

För att kunna bedriva kvalificerad och professionell vård vid kroniska sjukdomstillstånd krävs god kunskap och förståelse om sjukdomen. Det är även viktigt att ha förståelse för hur det är att leva med en kronisk sjukdom. Denna insikt är av stor vikt för att kunna förstå beteenden relaterade till sociala funktioner, följsamhet av behandling och motivation (Strömberg, 2005).

Omvårdnadsteoretisk Referensram

Dorothea Orems egenvårdsteori bygger på att människan är en ”medveten, rationell och handlingsinriktad varelse” (Kirkevold, 2000). Tron på människans egna resurser är viktig inom teorin som har en humanistisk människosyn. Människan har förmåga till självkunskap och självreflektion. Målet med omvårdnad enligt Orems teori är att individen i så stor utsträckning som möjligt själv eller med hjälp av närstående ska klara av sin egenvård (Thorsén, 1997). Målet med omvårdnad är därmed att hjälpa den sjuka att klara sin egenvård. Detta kan sjuksköterskan göra genom att minska individens egenvårdsbehov, öka individens egenvårdsförmåga eller att bidra med kompenserande faktorer t.ex. tekniska hjälpmedel (Kirkevold, 2000). Behovet av sjuksköterskan insats inträder när det uppstår en obalans mellan individens egenvårdsförmåga och egenvårdsbehov. Så länge en individs egenvårdsförmåga är större än individens egenvårdsbehov klarar hon sin egenvård själv. Men när en obalans uppstår och individens egenvårdsbehov är större än förmågan krävs stöd och omvårdnad som kompenserar obalansen. Kompensationen kan komma från olika vårdssystem så som närstående, frivillighetsorganisationer eller sjuksköterskor mm. I Orems teori finns en stark koppling mellan oberoende och välbefinnande. Alltså ju större del av sin egenvård individen klarar själv ju mer oberoende blir individen och desto större upplevelse av välbefinnande får hon (Thorsén, 1997).

Problemformulering

Det finns många individer som lever med kronisk hjärtsvikt. Flertalet av dessa individer lever i en situation som inte är tillfredsställande och till följd av detta med sänkt livskvalitet. Det finns inte samma omfattning av forskning på kvinnor med hjärtsvikt som det finns på män. Det är därför viktigt att beskriva och sammanfatta den forskning som finns tillgänglig om kvinnor med hjärtsvikt och deras livssituation. För att som sjuksköterska kunna hjälpa kvinnor med hjärtsvikt att få ökat välbefinnande och bättre hälsa är det viktigt att veta vad som påverkar livssituationen till det bättre och sämre. Ju mer kunskap som finns inom området desto bättre vård kan sjuksköterskan ge. Sjuksköterskor ska sträva efter god vård och att patientens livskvalitet är så god som möjligt. Detta är viktigt för den enskilde patienten men även ur samhällsekonomisk synvinkel då det visat sig att individer med dålig livskvalitet oftare blir inneliggande på sjukhus.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin hälsa och livskvalitet.

Frågeställning

Vad är viktigt för att må bra?

METOD

Den metod som valts för att uppnå syftet är en litteraturbaserad studie. I en litteraturbaserad studie skapas översikt av det aktuella kunskapsområdet inom ett visst ämne. Detta görs genom att sammanställa ett visst antal vetenskapliga studier inom området. Den litteraturbaserade studien leder till ökad kunskap inom ett ämne och identifierar även eventuella kunskapsluckor. Till denna studie har modellen, att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning, valts. Kvalitativa studier avser att skapa insikt i olika situationer och förståelse för patienter, genom att använda denna modell fördjupas kunskapen för ett visst fenomen som har att göra med patientens erfarenheter, upplevelser eller förväntningar (Friberg, 2006).

Urval och Datainsamling

Databaserna MedLine och CINAHL har använts för att söka efter artiklar. De sökord som har använts i olika kombinationer är: heart failure, women, life situation, support och quality of life. Databas, sökord, antal träffar, lästa abstract och valda artiklar har sammanställts i en tabell, se Bilaga 1. Endast vetenskapliga artiklar har valts till studien. Vid sökning i CINAHL användes avgränsningsfunktionerna english, research article och peer reviewed. I MedLine användes enbart avgränsningsfunktionen english. När sökningar i databaserna genomfördes, lästes först alla titlar och sedan lästes abstracten på de artiklar som verkade relevanta. Även manuella sökningar av artiklar har genomförts genom att läsa igenom referenslistor på relevanta artiklar. Sökning av artiklar till studien genomfördes i högskolans datasalar och bibliotek. De artiklar som inte fanns i fulltext, beställdes genom högskolebiblioteket.

Inkluderingskriterierna för artiklarna i studien var: vetenskapliga artiklar skrivna på engelska, originalartiklar, kvalitativa, publicerade mellan 1994 och 2009. Artiklarna skulle fokusera på kvinnor med hjärtsvikt och deras upplevelser. I de fall även män ingick i artikelns resultat exkluderades artikeln.

Genom artikelsökning i databaserna CINAHL och MedLine hittades sju kvalitativa artiklar. Tre kvalitativa artiklar hittades genom manuell sökning. Efter att artiklarna lästs igenom föll två artiklar bort från urvalet. En på grund av bristande vetenskaplighet och en beroende på att den inte motsvarade studiens syfte. Totalt analyserades åtta artiklar.

Data analys

Analysen av artiklarna kan beskrivas som en process från helhet till delar till en ny helhet. De valda artiklarna är en helhet, de delas sedan upp i delar när artiklarnas resultat sönderdelas för att finna bärande aspekter, nyckelfynd, av relevans för syftet. En ny helhet bildas när de bärande aspekterna från artiklarnas resultat sammanfogas i nya teman och

kategorier (Friberg, 2006). För att nå detta resultat har artiklarna lästs flera gånger, sedan har fokus lagts på resultaten i de artiklar som ingår i studien för att identifiera nyckelfynd för studiens syfte. För att få en överblick av de olika nyckelfynden gjordes därefter en sammanställning av varje studies resultat och därpå kunde de olika studiernas resultat relateras till varandra. Skillnader och likheter analyserades och därefter skapades tre kategorier och 2 subkategorier. I Bilaga 2 redovisas de valda artiklarna. Stor vikt har lagts på de valda artiklarnas metod och resultat för att vara säkra på att eventuella brister uppmärksammas och att dessa inte påverkar resultatet i denna studie.

Etiska överväganden

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (MFR, 2003), strävas det efter ett objektiva urval av artiklar till studien och en rättvis representation av den senaste forskningen. Det är betydelsefullt för att inte få ett vinklat resultat. Enligt Polit och Beck (2004) ska underlaget till en litteraturoversikt behandlas med eftertanke och omsorg, innehållet ska även analyseras så objektiva som möjligt. Det har även kontrollerats att de studier som valts ut genomförts på ett etiskt försvarbart vis. Alla artiklar som valts ut till studien har redovisats i litteraturoversikten. Det material som använts har sedan hanterats på ett respektfullt sätt genom att det inte plagierats eller förvrängt. Studien har för avsikt att stå på vetenskaplig grund och ska helst resultera i ny kunskap (MFR, 2003).

RESULTAT

Resultatet har delats in i tre huvudkategorier och ytterligare två subkategorier.

Tabell 1. Analysöversikt

Kategori	Subkategori	1	2	3	4	5	6	7	8
Förändringar och förluster	Fysiska	X	X	X	X		X	X	X
	Sociala	X	X	X	X		X		
Att acceptera sin livssituation		X		X	X		X	X	
Upplevelsen av stöd från omgivningen		X	X	X	X	X	X	X	X

* Siffrorna 1-8 representerar de åtta artiklar som analyserats och ligger till grund för resultatet.

Förändringar och förluster

Fysiska

I alla studier utom en talade kvinnorna om trötthet och andfåddhet som de symtom som skapade mest problem och bidrog till förluster i deras liv. De ansåg även att dessa symtom medförde att de måste göra stora förändringar för att klara av sin vardag (Gary, 2006; Hägglund, Boman & Lundman, 2008; Mårtensson, Karlsson & Fridlund, 1998; Nordgren, Asp & Fagerberg, 2008; Paton, Backlund, Barnes & Thirsk, 2002; Rhodes & Bowles, Wayment Allen, Arslanian-Engoren & Lynch-Sauer, 2009). Kvinnorna upplevde en ofrivillig minskning eller upphörande av hushållssysslor och fritidsaktiviteter de tidigare kunnat utföra (Gary, 2006; Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007; Wayment Allen et al, 2009). För att fortfarande kunna utföra vissa sysslor och aktiviteter förändrade kvinnorna sitt beteende och skapade strategier för att de fortfarande skulle kunna utföra viss aktivitet. De arbetade till exempel i ett lägre tempo, paus när tröttheten eller andfåddheten blev för mycket eller att vila upp sig innan aktivitet (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007; Wayment Allen et al, 2009). Kvinnorna talade även om att de blivit tvungna att sänka sina krav på vad de ska klara av och hur saker och ting ska vara och utföras sedan de blivit sjuka (Hägglund et al, 2008; Rhodes & Bowles, 2002). Det finns dock skillnader på hur kvinnorna i de olika studierna hanterar symtomen när de dyker upp, kvinnorna i Hägglund et al (2008) samt Paton et al (2007) studier talar om hur de kämpade mot tröttheten och andfåddheten för att svikten inte ska få ta över för stor del av deras liv och aktiviteter. Däremot kände kvinnorna i Gary (2006) studie rädsla för att förvärra sin sjukdom i och med ansträngning och drog sig därmed för fysisk aktivitet.

Sociala

De fysiska förändringarna bidrog även till förluster och förändringar på det sociala planet. Det fanns stora likheter mellan flera av studierna där kvinnorna beskrev hur de blivit begränsade i sitt sociala liv sedan de drabbats av hjärtsikt (Gary, 2006; Hägglund et al, 2008; Nordgren et al, 2008; Paton et al, 2007; Wayment Allen et al, 2009). Kvinnorna hade svårt att delta i spontana aktiviteter och drog sig för detta, de önskade dock att det skulle vara möjligt att vara mer spontana (Gary, 2006; Nordgren et al, 2008; Paton et al, 2002; Wayment Allen et al, 2009). Även planerade aktiviteter och besök kunde vara svåra att genomföra på grund av de symtom som hjärtsvikten gav, så som trötthet och andfåddhet. De kände ofta en stor osäkerhet även om de för stunden mådde bra då symtomen kan förvärras snabbt (Hägglund et al, 2008; Nordgren et al, 2008). Det krävdes mycket planering och förberedelser inför en planerad aktivitet och detta hämmade kvinnorna i deras dagliga liv (Hägglund et al, 2008; Nordgren et al, 2008; Wayment Allen et al, 2009). Det kunde innebära att de vilade i dagar innan de t.ex. reste för att träffa anhöriga och vänner då detta upplevdes vara mycket tröttsamt (Hägglund et al, 2008;

Wayment Allen, 2009). Då deras sociala liv blev inskränkt kunde känslor av nedstämdhet och ensamhet infinna sig (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007).

Att acceptera sin livssituation

När livets förutsättningar förändrades i och med insjuknandet i hjärtsvikt försvann många av de företeelser som kvinnorna tidigare tagit för givet så som att utföra tungt hushållsarbete eller spontana aktiviteter (Hägglund et al, 2008, Paton et al, 2007). När detta inträffade försökte kvinnorna att värdesätta och känna glädje över kvarvarande förmågor så som sin mentala kapacitet, förmågan att fatta beslut och även över sina kvarvarande fysiska förmågor som medförde att de kunde utföra vissa fysiska aktiviteter (Hägglund et al, 2008; Rhodes & Bowles, 2002; Wayment Allen et al, 2009). Genom att acceptera sin situation och ändra sina mentala utsikter kunde de uppskatta det de hade och se sin livssituation som meningsfull (Nordgren et al, 2008; Paton et al, 2007; Rhodes & Bowles, 2002). I studien av Paton et al (2007) talade kvinnorna om önskningar och förhoppningar för livet. Det visade sig att kvinnorna som accepterat sin livssituation hade lättare att glädjas över sitt liv trots att det inte utvecklats som de hoppats på.

Det medförde glädje att ibland utföra aktiviteter som kvinnorna tyckte om och ansåg meningsfulla istället för att förbruka sin energi på sysslor av tråkigare karaktär (Nordgren et al, 2008). Kvinnorna utvecklade strategier för att spara energi till sysslor och aktiviteter de tyckte var roliga och som medförde mening och ökade deras livskvalitet (Paton et al, 2007). Studierna av Nordgren et al, (2008) samt Wayment Allen et al (2009) visar på att kvinnorna kände att relationen till familj och vänner stärkts sedan de blev sjuka. Även Rhodes och Bowles (2002) fann i sin studie att kvinnorna fått en fördjupad relation till sina närmaste vänner och anhöriga men att de avslutat ytliga relationer för att energin ska räcka till.

I två av studierna beskrevs det att kvinnorna kunde känna tröst och tacksamhet över sitt eget liv när de jämförde sig med de som hade det sämre ställt t.ex. de som dött i hjärtinfarkt eller var sjukare än dem (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007). En fördjupad relation till Gud ansågs även vara en hjälp till tröst, trygghet och glädje (Nordgren et al, 2008; Rhodes & Bowles, 2002; Paton et al, 2007). Att de kunde arbeta trots sin sjukdom bidrog till att upprätthålla en god självkänsla (Nordgren et al, 2008).

Nedstämdhet och depression var vanligt hos kvinnor med hjärtsvikt (Mårtensson et al, 1997; Rhodes & Bowles, 2002). Kvinnorna i Mårtensson et al (1997) studie visade mer oro över nutid än över framtiden, medan i Wayment Allen et al (2009) och Nordgren et al (2008) oroade sig kvinnorna däremot mer över framtiden.

Upplevelsen av stöd från omgivningen

Det fanns en stark önskan att klara sig själv och att bevara sin självständighet (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007), men när detta inte längre var möjligt accepterades den hjälp som gavs av anhöriga och vänner (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007; Rhodes & Bowles, 2002; Wayment Allen et al, 2009). Familjemedlemmar hjälpte ofta till med både konkret stöd så som tungt hushållsarbete, handling, städning med mera och emotionellt stöd. Om kvinnan var gift var maken oftast den som bidrog med mest stöd annars var det kvinnornas barn som hjälpte till. Om det ena stödet försvann så minskade också förekomsten av den andra typen av stöd vilket visade på att det ofta är samma personer som är källan till både konkret och emotionellt stöd (Freidman, 1997). Kontakt med anhöriga och vänner upprätthölls varje vecka och kvinnorna erhöll både emotionellt och konkret stöd (Gary, 2006).

Stödet kvinnorna får av sina anhöriga och vänner upplevdes som en säkerhet när de närstående visade förståelse, kunskap och hade en positiv attityd (Hägglund et al, 2008; Mårtensson et al, 1998; Nordgren et al, 2008; Wayment Allen et al, 2009). Behovet av stöd bidrog dock till en känsla av utsatthet som berodde på att kvinnorna kände sig utlämnade till de anhörigas godtycklighet och vilja att hjälpa till. När kvinnorna upplevde sina källor till stöd som pålitliga infann sig en känsla av trygghet, medan om de närståendes hjälp och stöd upplevdes som oberäkneligt bidrog det till en uppfattning av övergivenhet och otrygghet (Hägglund et al, 2008; Mårtensson et al, 1998). Stödet kunde även bli för mycket då kvinnorna ibland upplevde att de anhöriga försökte överta kvinnans alla problem. Kvinnorna menade att gränsen mellan att ge stöd och att vara överbeskyddande är tunn. När de uppfattade det som att de blev överbeskyddade ledde det till frustration och irritation (Nordgren et al, 2008). I två av studierna framkom det att kvinnorna kände en rädsla och oro över att bli en börda för andra (Mårtensson et al, 1997; Rhodes & Bowles, 2002). Ekonomiska svårigheter var även en stor bidragande faktor till oro för kvinnorna (Paton et al, 2007; Rhodes & Bowles, 2002).

Stöd från sjukvården kunde komma från hemvårdens sjuksköterskor, sjuksköterskor på hjärtsviktsmottagningar, läkare m.m. (Paton et al, 2007). Detta stöd kunde innebära information och kunskap. Kvinnornas självförtroende ökade och deras rädslor och oro minskade när de kände att de hade kunskap och förståelse nog att kontrollera sin livssituation (Nordgren et al, 2008). Även Gary (2006) och Paton et al (2007) har kommit fram till att brist på information om sin sjukdom ledde till att kvinnorna kände oro och osäkerhet. Det krävdes dock att deras kontakt med sjukvården upplevdes som respektfull, öppen och att personen de samtalar med är kunnig på sitt område, alltså hjärtsvikt. Om detta inte var fallet kunde kontakten leda till oro, misstro och att de kände sig ensamma i sin situation (Nordgren et al, 2008).

Sammanfattning

De symtom som påverkade kvinnornas vardag mest var trötthet, brist på energi och andfåddhet. Kvinnorna ansåg att det var svårare att utföra vardagliga sysslor och aktiviteter sedan de drabbats av hjärtsvikt. De blev tvungna att förändra sättet de utförde uppgifterna på och sänka sina krav på hur och när de skulle bli gjorda. Symtomen från hjärtsvikten bidrog även till sociala förluster och förändringar. Det blev svårt att vara spontan och även planerade aktiviteter krävde mycket planering. Genom att glädjas åt de aktiviteter de fortfarande klarade av kände kvinnorna att livet var meningsfullt. De fick ändra sin mentala inställning och acceptera sin situation. En del av kvinnorna menade att relationen till närstående stärkts och även relationen till Gud. Stöd från anhöriga och vänner ansågs som en trygghet när kvinnorna såg stödet som pålitligt. Annars bidrog det till en känsla av oro och otrygghet. Det ansågs även att en god relation till sjukvården var en viktig komponent för att känna sig säker. Trots att kvinnorna försökte att ha en ljus utsikt på livet var det vanligt med nedstämdhet och depressioner bland dem.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes för att svara på syftet var en litteraturbaserad studie med kvalitativ grund. En kvalitativ ansats valdes på grund av att det ansågs som det bästa alternativet för att få fram hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin hälsa och livskvalitet. Även en egen empirisk studie hade kunnat genomföras, vilket hade kunnat bidra med ny relevant forskning på området. Emellertid bedömdes tidsramen för examensarbetet inte räcka till för denna metod med en ensam författare.

När artikelsökningen genomfördes uppkom svårigheter att finna artiklar som uppfyllde studiens inkluderingskriterier. Från början hade en tidsram på 10 år valts som inkluderingskrav till studien, artiklarna skulle alltså vara publicerade mellan 1999-2009. När det visade sig att det inte fanns tillräckligt med relevanta artiklar inom denna tidsram utökades den till 15 år, 1994-2009. Självklart är det viktigt att en litteraturoversikt bygger på aktuell forskning men efter noggrant övervägande ansågs det vara viktigare att studien byggde på några fler artiklar för att resultatet skulle räknas som tillförlitligt. Efter utökningen av tidsintervallet hittades åtta artiklar genom sökning i databaser och manuell sökning. Artiklarna som ingick i studien är publicerade inom tidsintervallet 1997-2009. Författaren anser att detta kan räknas som aktuell forskning. Även en kompletterande sökning har gjort för att se om några nya artiklar tillkommit 2010, så var inte fallet.

Sökningar genomfördes i databaserna CINAHL och MedLine. Efter sökning av artiklar i CINAHL hittades samma artiklar i MedLine, inga nya artiklar tillkom studien efter sökning i denna databas. Till slut framkom 8 artiklar. Friberg (2006) skriver att det är bättre att göra en fördjupad analys av färre artiklar inom ett avgränsat område än tvärtom. Flera av sökningarna i databaserna gav ett stort antal träffar men mycket av den

forskningen byggde på män eller både män och kvinnor och passade därför inte till studiens syfte.

Valet av sökord vid artikelsökningen var lämpliga då resultatet stämmer överens med studiens syfte, detta visar på att studien har hög validitet (Polit & Beck, 2004). Fördelen med en litteraturbaserad studie är att den skapar en överblick och sammanfattning av tidigare forskning på området. Nackdel med metoden är att resultatet i artiklarna som ingår i studien tolkas av både författarna till artikeln och denna studies författare. Den mänskliga faktorn kan påverka studiens resultat, vilket kan vara fallet även här. Feltolkningar av resultatet kan t.ex. bero på att artiklarna är skrivna på engelska vilket inte är författarens modersmål. Att studien endast är skriven av en författare kan även öka risken för feltolkningar.

Alla utom en av artiklarna användes till minst två kategorier i resultaten. Den artikel som enbart användes till en kategori, Upplevelsen av stöd från omgivningen, var smalare i sin inriktning än de andra men bidrog med relevanta fakta till denna kategori. Åldersspannet på kvinnorna i artiklarna var brett, från 33 år till 90 år. Artiklarna som ingick i studien var utförda i tre länder; Sverige, USA och Kanada. Dessa faktorer bidrar med att höja studiens reliabilitet (Polit & Beck, 2004). Det vore dock intressant att se hur kvinnor med hjärtsvikt i övriga Europa och andra världsdelar upplever sin hälsa och livskvalitet.

Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie visade på att hjärtsvikt medför stora förändringar i det dagliga livet för kvinnor med hjärtsvikt och att dessa förändringar påverkar deras livskvalitet till det sämre (Gary, 2006; Hägglund et al, 2008; Mårtensson et al, 1998; Nordgen et al, 2008; Paton et al, 2002; Rhodes & Bowles, Wayment Allen et al, 2009). I jämförelse med tidigare studier om hjärtsvikt på män och studier med både män och kvinnor är denna studies resultat i likhet med dessa studiers resultat (Europé & Tyni-Lenné, 2004; Heo et al, 2009; Johansson et al, 2006; Mårtensson et al, 1997; Reidinger et al, 2001). Även dessa studier visade på stora förändringar i livet när individerna drabbats av hjärtsvikt (a a). I och med detta kan man dra slutsatsen att hjärtsvikt bidrar med sänkt livskvalitet och livsstilsförändringar för både män och kvinnor.

Kvinnorna menade att den största förändringen var att de inte längre orkade med att utföra hushållssysslor och fritidsaktiviteter i samma utsträckning som tidigare (Gary, 2006; Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007; Wayment Allen et al, 2009). De blev tvungna att skapa strategier för att kunna utföra dessa aktiviteter så som att arbeta i ett lägre tempo, ta en paus under arbetet eller att vila upp sig i förväg inför aktivitet (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007; Wayment Allen et al, 2009). Männerna i Europe och Tyni-Lenné (2004) och Mårtensson et al (1997) studier upplever även de att hjärtsvikt påverkade deras liv på många områden och att det blev svårare att genomföra aktiviteter. Däremot talar de inte på samma sätt om hushållssysslor som kvinnorna. Männerna beskrev dock svårigheter att orka

med utomhussysslor som trädgårdsskötsel och biltvätt (Europe & Tyni-Lenné, 2004). Detta kan möjligtvis bero på uppdelning av sysslor mellan män och kvinnor där det fortfarande är vanligare att männen sköter om bilen och tyngre utomhusaktiviteter och kvinnorna sköter om hemmet invändigt.

I Garys studie (2006) talade kvinnorna om en oro att förvärra sin hjärtsvikt genom aktivitet. Tvärt emot denna uppfattning har det visat sig att måttlig aktivitet och träning förbättrar funktionen hos patienter med hjärtsvikt, lindrar symtom och ökar livskvalitet (Mears, 2006; YFA, 2008). Detta medverkar till att sjukhusinläggningar och mortalitet minskar (Mears, 2006). Trots detta förskrivs motion sällan till patienterna av läkare och sjukhuspersonal (a a). YFA (2008) rekommenderar en kombination av aerob konditionsträning och perifer muskelträning 2-3 gånger i veckan. Patientens hjärtsvikt ska vara stabil och kontakt med sjukgymnast ska tas innan patienten påbörjar träning (a a).

Även sociala aktiviteter och kontakter påverkades av kvinnornas hjärtsvikt och de symtom som kommer där av (Gary, 2006; Hägglund et al, 2008; Nordgren et al, 2008; Paton et al, 2007; Wayment Allen et al, 2009). De har svårt att delta i och genomföra spontana aktiviteter (Gary, 2006; Nordgren et al, 2008; Paton et al, 2002; Wayment Allen et al, 2009) och även planerade aktiviteter kräver mycket planering och förberedelse (Hägglund et al 2008; Nordgren et al, 2008). Bowling (1995) beskriver att livskvalitet påverkas av många olika aspekter så som möjlighet till arbete, sociala kontakter och fysisk aktivitet. Det framkom även att vad som var viktigt för människor och påverkade deras livskvalitet var beroende av om individen var frisk eller sjuk. Hälsan värderas högst hos en individ som är sjuk men även möjligheten till sociala kontakter (a a). Därför är det förståeligt att svårigheterna att utföra sociala aktiviteter på grund av de symtom hjärtsvikten ger påverkar kvinnornas livskvalitet negativt.

Trots att kvinnornas livskvalitet är nedsatt försöker de flesta att ha en positiv syn på livet. Kvinnorna försökte att glädjas åt de aktiviteter och sysslor de fortfarande klarade av (Hägglund et al, 2008; Rhodes & Bowles, 2002; Wayment Allen, 2009). Flertalet kvinnor försökte acceptera sin livssituation och ändra sina mentala utsikter och se sin livssituation som meningsfull (Nordgren et al, 2008; Paton et al, 2007; Rhodes & Bowles, 2002). Det styrker Dahlberg et al (2003) påstående om att dålig hälsa kan bidra till minskad livskvalitet men att det inte automatiskt bör identifieras med dålig livskvalitet. Heo et al (2009) visade att patienter med hjärtsvikts livskvalitet i stor utsträckning påverkades av sjukdomen men att de ändå uppfattade sin livssituation som god.

I resultatet framkom skillnader i hur kvinnorna kände inför framtiden. I Nordgren et al (2008) och Wayment Allen (2009) oroade sig kvinnorna mer över framtiden än nutiden. I Mårtensson et al (1997) däremot kände kvinnorna mer oro över sin nuvarande situation. Detta kan eventuellt bero på åldersskillnaden mellan kvinnorna i de olika studierna. Alla kvinnor i Mårtensson et al (1997) studie var över 65 och därmed pensionerade. Däremot var kvinnorna i de två övriga studierna i medelåldern och ingen var över 65 års ålder. De

var alltså i arbetsför ålder och kände möjligtvis mer oro över framtiden då det var ovisst om de skulle kunna arbeta eller inte. Att kunna arbeta trots sin sjukdom bidrog till att upprätthålla en god självkänsla enligt Nordgren et al (2008). Andra skillnader i resultatet kan även det bero på den varierande åldern på kvinnorna som sträcker sig från 33 år till 90 år. Även att kvinnorna tillhör olika NYHA- klasser kan påverka deras olika åsikter utöver individuella skillnader.

Det fanns en stark önskan bland kvinnorna att behålla sin självständighet och att klara sig själva (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007). När det fanns behov av hjälp accepterades även stöd från anhöriga och vänner (Hägglund et al, 2008; Paton et al, 2007; Rhodes & Bowles, 2002; Wayment Allen, 2009). Enligt Dorothea Orems egenvårdsteori finns det en stark koppling mellan oberoende och välbefinnande (Thorsén, 1997). Hon menar att ju större del av sin egenvård patienten klarar själv ju mer oberoende blir patienten och desto större välbefinnande känner individen. Målet med omvårdnad är därmed att hjälpa patienten att i så stor utsträckning som möjligt klara sin egenvård själv eller med hjälp av närstående (a a). När det uppstår en obalans mellan patientens egenvårdsbehov och dess egenvårdsförmåga uppstår ett behov av sjuksköterskans insatser (Kirkevold, 2000). Det är därmed av stor vikt att det finns en god kontakt mellan patienten och sjukvården.

Brist på stöd och information om sin sjukdom från sjukvården kunde resultera i att kvinnorna kände oro, osäkerhet och misstro (Gary, 2006; Nordgren et al, 2008; Paton et al, 2007). Hälso- och sjukvårdslagen yrkar på att alla patienter ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd (SFS 1982:763). Utöver detta ska god kontakt mellan patient och sjukvårdspersonal främjas och patientens behov av trygghet och stöd ska tillgodoses (a a). Harding et al (2008) visar i sin studie på att många patienter med hjärtsvikt och deras anhöriga har bristande kunskaper om sjukdomen och dess symtom. Denna brist på kunskap bidrog till en känsla av oro och ångest (a a). För att på bästa sätt öka patienters kunskap om sjukdomen räcker det inte med enbart information enligt (Kodiath, Kelly & Shively, 2005). De menar att enbart kunskap inte leder till beteendeförändringar. Därtill behövs även motivation från patienten och möjlighet för patienten att öva på sin nya kunskap. Patienten måste vara involverad i lärandet för att tillgodose sig informationen och för att sedan ha nytta av den (a a). Det är även av vikt att ge patientens anhöriga information och kunskap om sjukdomsbilden och behandling för att de ska kunna vara en källa till stöd och en trygghet för individen med hjärtsvikt (Harding et al, 2008). Detta visar vikten av en god kontakt mellan sjukvårdspersonal och patienten för att individer med hjärtsvikt ska må bra och få högre livskvalitet.

Konklusion

Genom denna studie har författaren fått ökad förståelse för hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin hälsa och livskvalitet. Studien kan användas för att öka förståelsen hos sjuksköterskor inför deras möten med kvinnor med hjärtsvikt. Studien beskriver hur viktigt

det är med en fungerande kommunikation mellan patienten och sjukvården. Det är viktigt att ha i åtanke att alla upplevelser är individuella och att vården måste anpassas efter individen. Resultatet kan även användas till att öka livskvaliteten hos kvinnor med hjärtsvikt och därmed minska kostnaderna för vården av patienter med hjärtsvikt. Det behövs mer forskning om kvinnor med hjärtsvikt då majoriteten av hjärtsviktsforskningen görs på män (Reidinger et al, 2001; Rhodes & Bowles, 2002; Strömberg & Mårtensson, 2003). Vidare forskning på kvinnors upplevelse av kontakten med sjukvård vore intressant, även upplevelsen av fysisk träning. Det skulle även vara givande att forska på anhörigas upplevelse av att leva med en individ med hjärtsvikt.

REFERENSLISTA

* Artiklar som använts i resultatet.

Agvall, B., Borgquist, L., Foldevi, M., & Dahlström, U. (2005). Cost of heart failure in Swedish primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(4), 227-232.

Alla, F., Briancon, S., Guillemin, F., Juilliere, Y., Mertes, P.M., & Villemot, J.P. (2002). Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study. *European Journal of Heart Failure*, 4, 337-343.

Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D., Gariballa, S., & Small, N. (2006). Prevalence of symptoms in a community-based sample of heart failure patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(3), 208-216.

Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1447-1462.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. O., Fagerberg, T. (2003). *Att förstå vårdvetenskap* (sid. 17-46). Lund: Studentlitteratur.

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

Ezekowitz, J. A., Kaul, P., Bakal, J. A., Armstrong, P. W., Welsh, R. C., & McAlister, F. A. (2009). Declining in-hospital mortality and increasing heart failure incidence in elderly patients with first myocardial infarction. *Journal of American College of Cardiology*, 53(1), 13-20.

Falk, S., Wahn, A. K., & 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.

* Freidman, M.M. (1997). Social support sources among older women with heart failure: continuity versus loss over time. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 319-327.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 1:6)(sid. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

* Gary, R. (2006). Self-care practices in women with diastolic heart failure. *Heart & Lung*, 35(1), 9-19.

- Harding, R., Selman, L., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Read, C., et al. (2008). Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 149-156.
- 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.
- Hunt, S.A., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G., et al. (2005). ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult – Summary Article A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of the American College of Cardiology*, 46(6), 1116-1143.
- * 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.
- Johansson, P., Dahlström, U., & Broström, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 5-15.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering (2:a uppl.)*(sid. 148-166). Lund: Studentlitteratur.
- Kodiath, M., Kelly, A., & Shively, M. (2005). Improving quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(1), 43-48.
- Masoudi, F.A., Rumsfeld, J. S., Havranek, E. P., House, J. A., Peterson, E. D., Krumholz, H. M., et al. (2004). Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(5), 368-373.
- Medicinska forskningsrådet. (2003). MFR-rapport 2. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Mears, S. (2006). The importance of exercise training in patients with chronic heart failure. *Nursing Standard*, 20(31), 41-47. Review.
- Moons, P., Budts, W., & Geest, S. D. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review an evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901. Review.
- Mårtensson, J., Karlsson, J. E., & Fridlund, B. (1997). Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 579-586.

* Mårtensson, J., Karlsson, J.E., & Fridlund, B. (1998). Female patients with congestive heart failure: how they conceive their life situation. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1216-1224.

Nordgren, L. (2008). *När kroppen sätter gränser: en studie om att leva med hjärtsvikt i medelåldern*. Växjö: Växjö University Press.

* Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008). Safety and understanding: Support as experienced by women living with heart failure in middle age. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(1), 39-51.

Nordgren, L., & Sörensen, S. (2003). Symptoms in the last six months of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 213-217.

* Paton, B., Backlund, J., Barnes, M., & Thirsk L. (2007). Recalibrating time and space: women's challenges of living with heart failure. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 17-(1), 7-14.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7:e uppl.). Philadelphia: Lippincott.

Reidinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M. L., Padilla, G., Sarna, L., & Ganz, P. A. (2001). Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart & Lung*, 30(2), 105-116.

Remme, W. J., & Swedberg, K. (2001). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *European Heart Journal*, 22(17), 1527-1560.

* Rhodes, D.L., & Bowles, C.L. (2002). Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 441-449.

Rydén- Bergsten, T., & Andersson, F. (1999). The health care costs of heart failure in Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 246(3): 275-284.

Stewart, S., MacIntyre, K., Hole, D. J., Capewell, C., & McMurray, J. J. V. (2001). More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 3(3), 315-322.

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

Strömberg, A., & Mårtensson, J. (2003). Gender differences in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(1), 7-18. Review.

Svensk författningssamling. (2010). Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Hämtad från WWW 2010-05-07: <http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>

Thorsén, H. (1997). *Omvårdnadsmodeller, människosyn och etik* (2:a uppl.) (sid. 253-259). Stockholm: Liber.

* Wayment Allen, J., Arslanian- Engoren, C., & Lynch- Sauer, J. (2009). The lived experience of middle-aged women with New York heart association class III heart failure: A pilot study. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(3), 96-101.

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA)(2008), *FYSS- Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (2:a uppl) (sid. 325-342). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

BILAGA 1

Tabell 2. Söktabell i CINAHL

Sökord i CINAHL	Antal träffar	Lästa abstract	Valda artiklar
Heart failure	5792		
Heart failure AND women	467		
Heart failure AND women AND Life situation	5	5	2
Heart failure AND women AND Support	42	13	5
Heart failure AND women AND Quality of life	55	5	0

Tabell 3. Söktabell i MedLine

Sökord i MedLine	Antal träffar	Lästa abstract	Valda artiklar
Heart failure	55729		
Heart failure AND women	2658		
Heart failure AND women AND Life situation	5	5	0
Heart failure AND women AND Support	154	7	0
Heart failure AND women AND Quality of life	173	9	0

BILAGA 2

Tabell 4. Artikelöversikt

Nr	Författare, År, Titel, Tidsskrift, Ursprungsland	Syfte	Metod	Resultat
1	Hägglund, L., Boman, K., Lundman, B. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> . Sverige.	Att belysa den upplevda erfarenheten av trötthet hos äldre kvinnor med hjärtsvikt.	Narrativa intervjuer. n = 10. Ålder: 73-89.	Resultatet har delats in i två huvudteman och tre subteman. Huvudteman är uppdelade i: Att leva med nedsatt fysisk energi och Strävan efter självständighet trots vetskapen om försämrande hälsa.
2	Gary, R. (2006). Self-care practices in women with diastolic heart failure. <i>Heart & Lung</i> . USA.	Att beskriva utförandet av egenvård, och demografiska och kliniska egenskaper som påverkar utförandet av egenvård hos kvinnor med hjärtsvikt.	Semistrukturerade intervjuer. n = 32 Ålder: >50.	Ansträngningsintolerans störde ofta möjligheten att utföra hushållssysslor och nämndes oftast av kvinnorna som skäl till försämrad livskvalitet. Beslut om egenvårdsaktiviteter grundade sig på dagliga planer och sociala aktiviteter.
3	Wayment Allen, J., Arslanian-Engoren, C., & Lynch- Sauer, J. (2009). The lived experience of middle-aged women with New York heart association class III heart failure: A pilot study. <i>Progress in Cardiovascular Nursing</i> . USA.	Att få inblick i den levda erfarenheten hos kvinnor med NHYA klass III hjärtsvikt	Intervjuer med fenomenologisk grund. n = 4 Ålder: medelålder	Fem teman framkom i studiens resultat: Utveckla en ny syn på sig själv, Medge fysiska begränsningar, Utstå emotionell hjärtesorg, Acceptera stöd och Föryngring genom vila.
4	Paton, B., Backlund, J., Barnes, M., & Thirsk, L. (2007). Recalibrating time and space: women's challenges of living with heart failure. <i>Canadian Journal of Cardiovascular Nursing</i> . Kanada.	Att belysa de utmaningar som kvinnor med hjärtsvikt, som lever i sitt egna hem, stöter på dagligen och hur de finner en mening och tar sig igenom dessa utmaningar	Ostrukturerade intervjuer. N = 7. Ålder: 47-75.	Studiens resultat delades upp i tre teman: Justering av tid och rum, Balansering av önskningar och förhoppningar och Acceptans av förluster.

Nr	Författare, År, Titel, Tidskrift, Ursprungsland	Syfte	Metod	Resultat
5	Freidman, M.M. (1997). Social support sources among older women with heart failure: continuity versus loss over time. <i>Research in Nursing & Health</i> . USA.	Att undersöka i vilken utsträckning äldre kvinnor med hjärtsvikt upplevde kontinuitet eller förlust av stöd och sambandet mellan upplevt stöd, förlorat stöd och deras psykiska välbefinnande.	Två semistrukturerade intervjuer utfördes med 18 månaders intervall. n = 57. Ålder: >55	Både källor till emotionellt och konkret stöd var relativt stabilt, vilket tyder på kontinuitet gällande stöd för kvinnor med hjärtsvikt.
6	Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008). Safety and understanding: Support as experienced by women living with heart failure in middle age. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> . Sverige.	Att ta reda på hur fenomenet stöd upplevs av kvinnor som lever med hjärtsvikt i medelåldern.	Ostrukturerade intervjuer. n = 6. Ålder: 33-61.	Resultatet visar att stöd kan uppfattas som en säkerhet, skildrad av förståelse. Det finns dock skillnad mellan vad som uppfattas som stödjande och vad som inte gör det. Vilket innebär att även om intentionerna är goda kan stöd innebära begränsningar, osäkerhet och otrygghet.
7	Rhodes, D.L., & Bowles, C.L. (2002). Heart failure and its impact on older women's lives. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . USA.	Att undersöka och beskriva upplevelsen av att leva med hjärtsvikt, ur fem kvinnor med NYHA klass II perspektiv	Fyra 1-timmars semistrukturerade intervjuer. n = 5. Ålder: 60-90.	Fyra huvudteman framkom i resultatet: Erkänna förluster i sina liv, Acceptera förlusterna, Förändra sina liv och Fördjupa relationer.
8	Mårtensson, J., Karlsson, J.E., & Fridlund, B. (1998). Female patients with congestive heart failure: how they conceive their life situation. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Sverige.	Att beskriva hur kvinnliga patienter med hjärtsvikt upplever sin livssituation	Semistrukturerade intervjuer. N = 12. Ålder: 65-83.	Resultatet uppdelades i fem teman: Känna sig nöjd, Känsla av stöd, Känsla av begränsning, Känsla av oro och Känna sig maktlös.