



JÖNKÖPING UNIVERSITY

*School of Health and Welfare*

# Jag känner mig inte som den person jag brukade vara

- En litteraturöversikt om personers upplevelse av  
att leva med hjärtsvikt

**HUVUDOMRÅDE:** *Omvårdnad*

**FÖRFATTARE:** *Angela Glennborn och Sanita Salkanovic*

**HANDLEDARE:** *Tomas Dalteg*

**JÖNKÖPING** 2016 januari



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# I don't feel like the person I used to be

- A literature study about persons' experiences of  
living with heart failure

**MAIN SUBJECT:** *Nursing*

**AUTHOR:** *Angela Glennborn och Sanita Salkanovic*

**SUPERVISOR:** *Tomas Dalteg*

**JÖNKÖPING** 2016 januari

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Hjärtsvikt är en vanligt förekommande kronisk sjukdom, som ökar runt om i världen i takt med att befolkningen blir äldre. Personen som drabbas måste lära sig att leva med och hantera sjukdomen, då det dagliga livet kommer att påverkas.

**Syfte:** Att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

**Metod:** Litteraturöversikt baserad på 12 stycken kvalitativa vetenskapliga artiklar. Data samlades in via Medline och CINAHL samt sekundärsökning. Dataanalys utfördes enligt Fribergs metod.

**Resultat:** Analysen resulterade i fem kategorier som beskriver personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt; ett förändrat liv, känna trygghet och stöd, begränsningar i vardagslivet, osäker framtid och att vara beroende av vård.

**Slutsats:** Personer som lever med hjärtsvikt får en förändrad livssituation som påverkar dem fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Att personerna känner trygghet i sin vardag krävs för hantering av sjukdomen.

**Kliniska implikationer:** Sjuksköterskan ska informera och vägleda personen i sin sjukdom, samt hjälpa personen att hitta resurser för att klara av vardagen och sin livssituation.

**Nyckelord:** Hjärtsvikt, upplevelser, patient, personcentrerad vård, litteraturöversikt.

## Summary

**Background:** Heart failure is a common chronic disease, increasing around the world as the population gets older. The person who is affected must learn to live with and manage the disease, since the daily life will be affected.

**Aim:** To describe persons' experiences of living with heart failure.

**Method:** A literature study based on 12 scientific qualitative articles. Medline, CINAHL and secondary search was used to collect data. Fribergs analyze method was used to analyze the data.

**Results:** The analysis resulted in five categories that describe persons' experiences of living with heart failure; a changed life, feeling secure and supported, limitations in daily life, uncertain future and being dependent on care.

**Conclusion:** People living with heart failure have a changed life situation that affects them physically, mentally, socially and existentially. For these people to feel secure in their daily life it is required of them to cope with the disease.

**Clinical implications:** The nurse must inform and guide the person in their illness, help the person find resources to cope with everyday life and their life situation.

**Keywords:** Heart failure, experience, patient, person-centred care, literature review.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
Patofysiologi.....	6
Personcentrerad vård.....	8
Sjuksköterskans roll vid hjärtsvikt.....	9
Motiv för studien.....	10
<b>Syfte</b> .....	<b>11</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>11</b>
Design .....	11
Urval och datainsamling .....	11
Etiska överväganden .....	13
Dataanalys.....	14
<b>Resultat</b> .....	<b>15</b>
Ett förändrat liv.....	15
Känna trygghet och stöd.....	16
Emotionella reaktioner .....	17
Mötet med vården .....	18
Behov av kunskap.....	18
<b>Diskussion</b> .....	<b>20</b>
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	22
<b>Slutsats</b> .....	<b>25</b>
<b>Kliniska implikationer</b> .....	<b>25</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>34</b>
Bilaga 1.....	34
Bilaga 2.....	36

## Inledning

I världen är det minst 15 miljoner personer som lever med hjärtsvikt, där medelåldern hos dem som drabbas är 75 år (Dickstein et al., 2008). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2015) är det cirka 2 procent av hela Sveriges befolkning som lever med hjärtsvikt. Hos personer som är över 80år, är det ca 10 procent. Antalet personer som drabbas av hjärtsvikt ökar eftersom befolkningen blir äldre och lever längre (Dickstein et al., 2008). Prognosen för hjärtsvikt är svår att ställa då det är många faktorer som spelar in såsom ålder, NYHA-klass, och andra sjukdomar som njursvikt, diabetes och anemi (McMurray et al., 2012). Generellt är prognosen för hjärtsvikt dålig. Inom fyra år från att diagnosen hjärtsvikt ställts, är 50% av alla personer med denna diagnos döda. Hjärtsvikt påverkar inte bara hjärtat, utan även många andra organ. Njurarna, lungorna, hjärnan och skelettmuskulaturen påverkas (Dickstein et al., 2008). Personer som lever med hjärtsvikt påverkas dagligen av sjukdomen både fysiskt, psykisk och socialt. För att vårdpersonal ska få mer kunskap om och större förståelse för sjukdomen och hur det är att leva med den, är det därför intressant att undersöka hur dessa personer upplever sina liv med hjärtsvikt. Detta kan sedan bidra till att vården förbättras för personer som lever med hjärtsvikt.

## Bakgrund

Vid hjärtsvikt är hjärtat inte tillräckligt starkt för att kunna pumpa blod till kroppens olika vävnader. Det leder till otillräckligt med syre i de olika vävnaderna (Graetz, Sullivan, Robertson & Reeve, 2015). Hjärtsvikt kan delas in i antingen kronisk eller akut. Vid akut hjärtsvikt försämras hjärtats pumpförmåga snabbt. Vid kronisk hjärtsvikt sker en försämring succesivt, vilket kan göra att en person som är på väg att drabbas av kronisk hjärtsvikt till en början får milda, eller inga symptom (Dickstein, et al., 2008). Sjukhusinläggningar och dödsfall ökar när symptom förvärras, varför det är viktigt att kontakta vården vid förändrade symptom (McMurray et al., 2012).

## Patofysiologi

Hjärtat består av höger och vänster kammare och förmak, där vänster kammare pumpar blodet ut i kroppen, och höger pumpar blod till lungorna. Hjärtsvikt innebär att hjärtats kammare är dysfungerande, där antingen höger eller vänster kammare har nedsatt funktion. Vanligast är att vänster kammares pumpfunktion är nedsatt, systolisk dysfunktion. Tömningsförmågan är då nedsatt, vilket innebär att kroppens vävnader inte blir försörjda med rätt mängd blod. Det leder i sin tur till minskad slagvolym och minutvolym – så kallad nedsatt cardiac output. (McMurray et al., 2012; Nicholson, 2007). Vid diastolisk dysfunktion, är det kamrarnas förmåga att

fylla sig som är nedsatt. Det blir ett högt tryck och högt motstånd i kamrarna på grund av att kammarväggen är styv, och då har svårt att relaxera och dilatera kammaren. Detta överförs sedan till förmaken och ökar risken för förmaksflimmer (Nicholson, 2007). De vanligaste etiologierna till hjärtsvikt är hypertoni och hjärtinfarkt. Andra bakomliggande etiologier kan vara klaffsjukdomar, arytmier, kardiomyopier, myokardit, anemi, diabetes och infektioner (McMurray et al., 2012). När vänster kammare sviktar är det oftast orsakat av kranskärlsjukdom, hypertoni, kardiomyopati eller klaffsjukdom, vilket minskar hjärtats minutvolym (Nicholson, 2007). Högerkammarsvikt orsakas ofta av att vänster kammare sviktar, vilket gör att trycket ökar i lungvenerna samt bak i lungartärer (Nicholson, 2007).

### Symptom och svårighetsgrad

Personer med hjärtsvikt drabbas vanligtvis av symptom som andfåddhet, trötthet och nedsatt förmåga att utföra dagliga aktiviteter (Dickstein et al., 2008). Andra vanliga symptom vid hjärtsvikt är minskad aptit, nattlig hosta, synkope, bröstsmärta, konfusion, hjärklappning och ödem i underbenen (Nicholson, 2014). Psykologiska och emotionella symptom kan även förekomma som oro och ångest, nedstämdhet, nervositet, svårigheter med koncentration och irritationskänslor (Blinderman, Homel, Billings, Portenoy, & Tengstedt, 2008).

Hjärtsvikt klassificeras utifrån symptom i det dagliga livet (tabell 1).

Tabell 1: New York Heart Associations (NYHA), funktionsklassificering av hjärtsvikt.

<b>Klass</b>	<b>Svårighetsgrad</b>
NYHA I	Hjärtfunktionen är nedsatt, inga symptom visas.
NYHA II	Lätt hjärtsvikt med trötthet och andfåddhet vid fysisk ansträngning.
NYHA III	Medelsvår hjärtsvikt med trötthet och andfåddhet vid fysisk ansträngning. Såsom av- och påklädning och gång i uppförsbackar.
NYHA IV	Svår hjärtsvikt med trötthet och andfåddhet i vila. Personen är sängbunden ofta.

(McMurray et al., 2012)

För personer med hjärtsvikt kan symptomen försämrats väldigt snabbt. En person som har milda symptom kan plötsligt få svåra symptom med andnöd i vila och arytmier. Symptomen kan vara övergående med hjälp av behandling, i värsta fall kan symptomen vara kvarstående och leda till en ökad NYHA-klassificering (McMurray et al., 2012). Studier har visat att livskvalitén påverkas negativt när symptomen förvärras, då sjukhusinläggningar ökar och prognosen är oklar (Hwang, Liao & Huang, 2014).

Det har visats att depression och ångest har ett samband med livskvalité (Hwang et al., 2014). Ångest och depression går ofta hand i hand. Om ångesten ökar, ökar även depressionen (Dekker et al. 2014). Vid hög ångest ökar risken för högt blodtryck samt att hjärtfrekvensens variabilitet minskar, och detta förhöjer i sin tur risken för tidig död (Chapa, et al, 2014; Tully, Selkow, Bengel & Rafanelli, 2014).

## Farmakologiska och icke farmakologiska behandlingar

Det finns olika sätt att behandla hjärtsvikt - icke farmakologisk behandling och farmakologisk behandling. Den farmakologiska behandlingen kan förkorta vårdtiden, minska sjukhusinläggningar, lindra symptom, och förbättra prognosen (Nicholson, 2014). Livskvalitén kan förbättras med läkemedelsbehandling då den lättar på hjärtat så att personen orkar mer (Dickstein, et al., 2008). De vanligaste läkemedel som används vid hjärtsvikt är diuretika, aldosteronhämmare, ACE-hämmare, betablockerare och digitalis (McMurray et al., 2012).

Icke farmakologisk behandling innefattar livsstilsförändringar såsom rökstopp, fysisk aktivitet, minskat intag av alkohol, kostförändringar och förändringar i vätskeintag. Stort intag av alkohol försämrar cellfunktionen i hjärtmuskeln, kan orsaka arytmier och öka blodtrycket. Rökning kan öka risken för ischemi, eftersom nikotinet gör så att artärerna kontraheras. Fysisk aktivitet är att rekommendera för alla personer med en stabil hjärtsvikt (Dickstein et al., 2008; Nicholson, 2014). Fysisk aktivitet kan påverka hjärtfrekvensen positivt, sakta ner utvecklingen av sjukdomen samt öka livskvalitén (Hui-Chin, Hsing-Mei, Garet & Ruey-Hsia, 2014). Viktnedgång är att överväga om BMI överstiger 30. Viktnedgång kan minska symptomen för hjärtsvikt samt öka välmåendet (Dickstein et al., 2008). Det är viktigt att personer med hjärtsvikt kontrollerar sin vikt dagligen, då viktökning och viktnedgång kan förekomma. Viktökning kan bero på en försämring av hjärtsvikten och att kroppen då samlar på sig mer vätska. Viktnedgång däremot kan vara ett tecken på att näringsupptaget är försämrat eller att matintaget är otillräckligt. Det är därför viktigt att personer med hjärtsvikt äter en regelbunden och näringsrik kost, för att undvika undernäring (Dickstein et al., 2008).

Både farmakologiska och icke farmakologiska behandlingar har en positiv inverkan på symptom, välbefinnande, sjuklighet samt prognos. Det är därför viktigt att dessa egenvårdsmoment som livsstilsförändringar och läkemedelsordinationer efterföljs. För att personerna ska kunna utföra egenvård krävs det att de har kunskap och färdigheter om sin sjukdom (Vellone et al., 2015)

## Personcentrerad vård

Definitionen av personcentrerad vård är ett förhållningssätt där hela personen sätts i centrum. Fokus ligger inte på sjukdomen utan på personens livssituation



(Kristensson Ugglå, 2014). Här handlar det om att lära känna personen och bygga upp en relation mellan personen och vårdpersonalen - ta reda på vem personen är, vilka värderingar den har, vilka behov av vård och social omsorg personen har, samt vilka möjligheter och resurser personen har (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014; Kristensson Ugglå, 2014; Manley, Hills & Marriott 2011). För relationen innebär det även att dela information med personen och på så sätt göra det möjligt för personen att fatta beslut om sin vård. När personen görs delaktig i beslut om sin vård ökar dennes självständighet och autonomi (Manley, et al., 2011). Även närstående kan göras delaktiga i beslut som tas (Kristensson Ugglå, 2014). Om personen inte klarar av att ta beslut på egen hand kan antingen närstående eller vårdpersonal representera personen i beslut om dennes vård. Utvärdering ska ske löpande för att säkerställa att vården är passande för just den person som vårdas (Manley, et al., 2011). I studier av Ekman et al., (2012) samt Brännström och Boman (2014) framkommer det att personcentrerad vård leder till att vårdtiden på sjukhus kan förkortas med 2-3 dagar, samt kan minska antalet inläggningar på sjukhus.

Samtal är även en stor del av den personcentrerade vården. Genom att lyssna på personers berättelser ökar förståelsen för sjukdomsupplevelsen (Kristensson Ugglå, 2014). För att personcentrad vård ska bli så bra som möjligt är det av stor vikt att hela vårdteamet arbetar utifrån samma förhållningssätt. Det gäller inte bara arbetet med personer som vårdas utan även personalen sinsemellan. En välmående personal påverkar vårdmiljön positivt. Etniska minoritetsgrupper som exempelvis de som talar ett annat språk eller har en annan kultur, kan ha svårare för personcentrerad vård. Det är därför viktigt att ha förståelse för hur olika kulturer, språk, och sätt att kommunicera på påverkar upplevelsen av personcentrerad vård (Manley, et al., 2011).

Hjärtsvikt är en utav de vanligaste kroniska sjukdomar (Dowrick, et al., 2005). Kroniska sjukdomar är långvariga och går inte över av sig själv. De går att kontrollera, dock inte bota (Dowrick, Dixon-Woods, Holman & Weinman, 2005). Att leva med kronisk sjukdom innebär ständiga pendlingar mellan hopp, tvivel och hopplöshet. Även känslor av att ha kontroll över sitt liv till att ha förlorat kontrollen över sitt liv skapar ångest, frustration och osäkerhet. Detta leder till att personer som lever med kronisk sjukdom får svårt att ta beslut som gäller det dagliga livet (Delmar, et al., 2006).

### Sjuksköterskans roll vid hjärtsvikt

Sjuksköterskan ska vid all form av vård tillvarata det friska hos den som vårdas. Det innebär att sjuksköterskan ska tillgodose personens omvårdnadsbehov och uppmärksamma vilken sjukdomsupplevelse personen har. Såväl fysiska, psykiska, sociala, andliga som kulturella behov och upplevelser ska observeras i mötet med den person som vårdas (Socialstyrelsen, 2005).

Personer med hjärtsvikt behöver information om och stöd i sin sjukdom. Sjuksköterskan ska samtala med personerna om hjärtat och dess funktioner, vad hjärtsvikt är, behandling och egenvård (González, 2005). Detta ställer krav på sjuksköterskan att ha kunskap om sjukdomen och förmåga att informera och undervisa personer med hjärtsvikt och deras närstående (Socialstyrelsen, 2005). Vårdkvalitén ökar om sjuksköterskan har god kunskap om hjärtsvikt. Det leder till ökad följsamhet och egenvård hos personen. Otillräcklig kunskap hos personer som vårdas leder till ökade sjukhusinläggningar, högre kostnader och sämre livskvalité (González, 2005; Sterne, Grossman, Migliardi & Swallow, 2014).

## Motiv för studien

Hjärtsvikt är en sjukdom med en dystur prognos som drabbar både kvinnor och män, där antalet dödsfall per år är oacceptabelt hög. Andelen personer som är drabbade av hjärtsvikt kommer att öka världen över då jordens befolkning blir äldre och äldre (Dougherty, Pyper, Au, Levy, & Sullivan, 2007; Seah, Khooon Kiat, & Wenru, 2015a). Det är en livsförändrande komplex sjukdom som påverkar personen som är drabbad både fysiskt, psykiskt och socialt. Svårighetsgrad och symptom påverkar hur tillfreds personen är med sin livssituation. Upplevelsen av sjukdomen är subjektiv och blir därför unik för varje person (Seah et al., 2015a).

Genom att undersöka hur personer med hjärtsvikt upplever att leva med sin sjukdom, kan sjuksköterskor och annan vårdpersonal få en större kunskap och förståelse för sjukdomen. Det kan sedan tillämpas i en god personcentrerad vård, där rätt stöd, information och behandling ges till den drabbade.

## Syfte

Syftet var att beskriva personers upplevelse av att leva med hjärtsvikt.

## Material och metod

### Design

Utifrån syftet valdes en litteraturöversikt med kvalitativ utgångspunkt, med induktiv design. Detta för att få mer förståelse för personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Litteraturöversikt innebär att ta reda på information om den valda frågan inom omvårdnad samt vad för forskning som tidigare gjorts inom ämnet (Friberg, 2012b; Rosén, 2012; Segesten, 2012).

### Urval och datainsamling

Vetenskapliga artiklar söktes från databaserna CINAHL och Medline. En inledande helikoptersökning gjordes för att identifiera sökorden och få en helhetsbild av det aktuella området. Därefter gjordes sökningen som presenteras i tabell 2 & 3 (Friberg, 2012b). Följande inklusionskriterier sattes upp artiklar med en kvalitativ ansats användes endast där upplevelsen av att leva med kronisk hjärtsvikt fanns med, deltagarna var personer över 18år och både kvinnor och män fanns representerade. Artiklarna skulle vara peer-reviewed, publicerade mellan år 2005-2015, vara etiskt godkända samt skrivna på engelska (Rosén, 2012). Olika avgränsningsfunktioner gjordes i respektive databas (se tabell 2 och 3) (Friberg, 2012b).

De sökord som användes utgår från en kvalitativ metod, där olika benämningar på kvalitativa metoder och begrepp användes (Rosén, 2012). Sökningarna gjordes med hjälp av trunkering samt booleska termer för att begränsa sökningarna. Vid trunkering söker databasen på flera böjningsformer av ett ord, detta för att hitta fler artiklar med innehåll av den ordstam som söktes på. Ordstammen avslutas med ett trunkeringstecken där det vanligaste tecknet är ”\*”. Booleska termer används för att avgöra sambandet mellan de olika sökorden. OR och AND är exempel på booleska termer, där OR syftar till att hitta synonymer, medan AND kopplar ihop två sökord (Östlundh, 2012). Sökningarna gjordes mellan den 9e oktober 2015 och den 30e oktober 2015.

Samtliga titlar lästes igenom i båda databaserna, och de titlar som hade ord som matchade syftet valdes ut. Artiklarnas abstract lästes för att få en bild av innehållet. De artiklar där abstracten inte var relevanta för ämnet exkluderades. De som svarade upp mot syftet lästes i sin helhet och om de bedömdes vara relevanta kvalitetsgranskades de med Hälsohögskolans kvalitetsgranskningsmall för studier av kvalitativ metod (se bilaga 1). Det var totalt 12 antal artiklar från följande länder som kvalitetsgranskades; England (n=3), Irland (n=1), Singapore (n=1), Sverige (n=4),

Thailand (n=1), USA (n=2). Totalt ingick n=171 personer (Friberg, 2012b; Rosén, 2012). Sökningen i Medline och CINAHL resulterade i sex artiklar vardera efter kvalitetsgranskning.

Tabell 2

MEDLINE					
Sökord	Träff	Lästa titlar	Lästa abstract	Kvalitetsgranskade	Till resultat
Heart failure	154577				
(Experience* OR perception*)	1062988				
patient*	5307329				
(qualitative OR interview* OR focus group* OR phenom* OR narrat* OR grounded theory)	1004633				
heart failure AND (experience* OR perception*) AND patient* AND (qualitative OR interview* OR focus group* OR phenom* OR narrat* OR grounded theory)	359	359	63	5	5

*Begränsningar: abstract available, english language, publicerat mellan 2005-2015.*

Tabell 3

CINAHL					
Sökord	Träff	Lästa titlar	Lästa abstract	Kvalitetsgranskade	Till resultat

Heart failure	10271				
(Experience* OR perception*)	120056				
patient*	358262				
(qualitative OR interview* OR focus group* OR phenom* OR narrat* OR grounded theory)	108971				
heart failure AND (experience* OR perception*) AND patient* AND (qualitative OR interview* OR focus group* OR phenom* OR narrat* OR grounded theory)	208	208	60	9*	6

*Begränsningar: abstract available, english language, publicerat mellan 2005-2015, peer-review.*

*\* 3 dubletter från MEDLINE; 6 unika artiklar.*

Utifrån de valda artiklarnas referenslista, gjordes en sekundärsökning. Där identifierades ytterligare en artikel som kvalitetsgranskades och användes i resultatet (Östlundh, 2012).

### Etiska överväganden

I en studie måste tre aspekter finnas med för att en studie ska få kallas etisk. Frågorna ska vara väsentliga för ämnet, hålla god vetenskaplig kvalitet, och studien ska vara genomförd på ett sätt som är etiskt. Etiska överväganden ska finnas med genom hela litteraturoversikten. Det gäller såväl ämnesval, frågeställning, metod som resultat (Kjellström, 2012). I litteraturoversikten ska endast artiklar som granskats av en etisk kommitté användas, detta för att skydda de som deltagit i studierna. Studier

som inte hade några etiska överväganden exkluderades (Wallengren & Henricsson, 2012). Artiklarna i litteraturöversikten kvalitetsgranskades med Hälsohögskolans kvalitetsgranskningsmall för studier av kvalitativ metod (bilaga 1).

Förförståelse fanns att upplevelsen av att leva med hjärtsvikt inte skulle påverka livet i så stor utsträckning, och inte heller leda till döden. Reflektion pågick under hela arbetets gång för att inte förförståelsen skulle påverka litteraturöversikten.

## Dataanalys

Dataanalysen utfördes enligt Fribergs femstegsmodell. Analysmetoden valdes då litteraturöversikten baseras på artiklar med en kvalitativ metod (Friberg, 2012a). Innan analysen påbörjades medvetandegjordes förförståelsen genom att diskutera och reflektera över tidigare erfarenheter och kunskap om ämnet. Detta för att inte dataanalys och resultat skulle påverka resultatet (Wallengren & Henricsson, 2012).

I första steget lästes de valda artiklarna igenom upprepande gånger för att kunna förstå innehållet och få en helhet. Detta gjordes först individuellt. Artiklarna lästes igenom mer djupgående i steg två. Artiklarnas resultat analyserades och nyckelfynd identifierades som svarade mot litteraturöversiktens syfte. Nyckelfynden skrevs ner på ett separat papper, detta för att få det mer överskådligt till sammanställningen. Även detta gjordes individuellt. Markeringspennor användes för att kunna urskilja och hitta likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Detta gjordes gemensamt för att stärka trovärdigheten (Friberg, 2012a). I det tredje steget sammanställdes artiklarna i en artikelmatris, (se bilaga 2). En artikelmatris används för att lätt kunna få en översikt över innehåll, likheter och skillnader i artiklarna (Friberg, 2012a; Friberg, 2012b).

Resultatet i de olika artiklarna jämfördes i det fjärde steget, där likheter och skillnader synliggjordes vilka sorterades i olika teman. I steg fem diskuterades temana och formulerades om för att få en mer beskrivande karaktär. Detta för att göra det mer tydligt och lättförståeligt. Detta resulterade i fem teman, som utgör resultatets kategorier vilka blev "ett förändrat liv", "känna trygghet och stöd", "emotionella reaktioner", "mötet med vården" och "behov av kunskap" (Friberg, 2012a).

## Resultat

### Ett förändrat liv

Personer som lever med hjärtsvikt upplevde sig ha ett flertal fysiska begränsningar på grund av symptom som trötthet (fatigue), andfåddhet, bröstsmärta, ödem och muskelsvaghet (Chiaranai, 2014; Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2011; Seah, Tan, Huang Gan, & Wang, 2015b; Thornhill, Lyons, Nouwen & Lip, 2008). Dessa symptom påverkade det dagliga livet genom att de inte orkade utföra aktiviteter som tidigare varit en del av deras vardag. Det kunde exempelvis vara att sköta hemmet, utföra ärenden och fritidsaktiviteter. Många fick noga planera sina sysselsättningar och dela upp dem, då det var omöjligt att utföra allt på en gång (Falk, Wahn & Lidell, 2007; Pihl, et al., 2011). Detta påverkade personernas välbefinnande då de upplevde att deras liv blev begränsade (Heo, Lennie, Okoli & Moser, 2009). En del kände att läkemedlen begränsade deras liv, det var något de var tvungna att ta för att överleva. De kände att deras självständighet försvann när de var tvungna att ta vissa läkemedel för att må bra. Vissa beskrev en känsla av att vara fången i sin egen kropp (Nordgren, Asp & Fagerberg 2007b; Ryan & Farrelly, 2009).

Hos många fanns en rädsla att anstränga sig, då de trodde att det kunde förvärra sjukdomen. Detta ledde till att deras fysiska förmåga inte utnyttjades fullt ut. Andra försökte att bibehålla sin fysiska förmåga och utföra sina dagliga aktiviteter som innan, genom att anpassa dem (Falk et al., 2007; Pihl et al., 2011). De som anpassade sin fysiska förmåga hade lättare att acceptera sin sjukdom. Istället för att utföra allt på en gång lämnade de saker ogjorda, och ändrade om i sitt schema utefter hur mycket energi och ork de hade (Falk et al., 2007; Pihl et al., 2011; Seah et al., 2015b). En del av männen beskrev svårigheter att utföra sexuell aktivitet. De uttryckte oro och skuldbelade sig själva när de kände att de inte längre kunde tillfredsställa sin partner. (Chiaranai, 2014; Seah et al., 2015b) I vissa fall var det även partnern som var den som var mest orolig för att symptom skulle uppkomma (Dunderdale, Furze, Thompson, Beer & Miles 2007).

Många beskrev en extrem fysisk trötthet som kunde uppstå även vid de enklaste dagliga aktiviteter (Ryan & Farrelly, 2009). Sömn och vila var därför en viktig del för dem så att de skulle klara av vardagen (Falk et al., 2007; Pihl et al., 2011). Sönnen kunde påverkas negativt då många valde att sitta upp och sova. Detta var kopplat till att de var rädda för att få andningsbesvär i form av attacker, något som ofta uppstod när de skulle lägga sig ner (Ryan & Farrelly, 2009; Thornhill, et al., 2008). Vissa hade bestämt sig för att övervinna problem som låg framför dem och fortsätta livet som innan. De hade gjort förändringar i sina liv med exempelvis kost, rökning och alkoholkonsumtion. De hade accepterat det faktum att livet blivit annorlunda, samt att de var tvungna att sakta ner och ge sig själva mer tid att utföra saker. Vissa såg

heller inte sitt hjärtproblem som en allvarlig sjukdom (Seah et al., 2015b; Thornhill et al., 2008).

De flesta personer med hjärtsvikt upplevde att det sociala nätverket blev lidande till följd av sjukdomen (Chiaranai, 2014; Nordgren et al., 2007b; Pihl et al., 2011). Många beskrev en ensamhet trots att de hade ett stort socialt nätverk. Det var relaterat till att sjukdomen begränsade dem fysiskt. Fatigue och rädsla var de största bidragande faktorerna till att de inte kunde följa med på alla aktiviteter de ville såsom kalas, bröllop, gå i kyrkan och andra intressen de hade (Pihl et al., 2011; Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel & Arnold, 2008; Ryan & Farrelly, 2009; Thornhill et al., 2008). För att bibehålla sitt välbefinnande som innan sjukdomen var det viktigt för dem att ha kvar samma vänner och bevara sina intressen. De ville leva ett så normalt liv som möjligt sitt tillstånd till trots (Falk et al., 2007; Heo et al., 2009).

Det sociala livet med familjen påverkades också när de hade planerat för något som sedan inte kunde fullföljas. Skuld känslor och ångest uppstod när de visste att familjen sett fram emot något, och det skulle göra dem besvikna om det var tvunget att ställas in. De kände att de förlorade kontrollen över sina liv när de fick ge upp saker som för dem varit betydelsefulla (Nordgren et al., 2007b). Självkänslan och självförtroendet påverkades, då de inte kunde vara den person som de brukade vara. När de kände att de inte längre kunde bidra med något meningsfullt i sina liv ledde det också till en känsla av identitetsförlust (Thornhill et al., 2008). En annan orsak till upplevd identitetsförändring var när de inte längre klarade av att arbeta som innan. De kunde vara tvungna att gå ner i tid eller förtidspensionera sig, då ett heltidsjobb var för påfrestande för dem (Rodriguez et al., 2008; Thornhill et al., 2008). Vissa upplevde även att de lätt blev förtidspensionerade trots att de tänkt jobba så länge som möjligt. Många upplevde det ledsamt att sluta sitt arbete, de förlorade sina arbetskollegor och det kom sedan även att påverka deras ekonomi (Nordgren et al., 2007b; Thornhill et al., 2008).

## Känna trygghet och stöd

Stöd från familj och vänner skapade en trygghet för personerna med hjärtsvikt. De var i behov av både emotionellt som praktiskt stöd. Vetskapen om att ha någon i sin närhet att samtala med och reflektera sina upplevelser med gav dem trygghet. Närstående uppmuntrade personerna till att tänka positivt, vilket fick dem att lättare kunna hantera negativa känslor (Thornhill et al., 2008). De beskrev vikten av att kunna ha med sig någon vid läkarbesök. Det gav dem en känsla av trygghet när de efteråt kunde samtala om besöket och diskutera vad som sagts (Falk et al., 2007). Det praktiska stödet kunde även vara att de fick hjälp med att handla och att ta hand om hushållet (Phil et al., 2011; Thornhill et al., 2008). För dem som levde själva spelade barn och syskon en stor roll, då de kunde ta hjälp av dem när det behövdes. Vissa kände en oro för att leva ensamma, då sjukdomens symptom gjorde vardagen svår att hantera själv. Det gjorde att de kände att de var tvungna att hitta någon att leva med



(Falk et al., 2007). Samtidigt som stöd från närstående uppskattades kunde de känna sig som en börda. De kunde uppleva frustration och genans över att inte klara sig själva. En del kände sig även "kvävda" av överbeskyddande familjemedlemmar. De fick inte utföra sådant som de egentligen klarade av utan var ständigt övervakade (Ryan & Farrelly, 2009; Seah et al., 2015b; Thornhill et al., 2008).

Känslan av trygghet hos personer med hjärtsvikt ökade då de anpassade sina hem. För att få snabb tillgång och spara energi byggde vissa en toalett i sitt sovrum. Andra bytte sovrum för att kunna ha en toalett i närheten. En del som bodde i hus med flera våningar flyttade till bottenvåning så att de skulle slippa trappor (Chiaranai, 2014; Falk et al., 2007). Många beskrev även att det var viktigt för dem att deras hem låg nära en busshållplats, detta för att de sparade på energi om de skulle uträtta ärenden (Falk et al., 2007).

Flera av personerna hade en tro att få trygghet av, de kände sig mer lugna då de fick stöd och kunde söka tröst där (Chiaranai, 2014; Seah et al., 2015b). De trodde att Gud skulle hjälpa dem att klara av att hantera sjukdomen, och att det var Gud som bestämde deras framtida öde. Om de var redo att dö var det upp till Gud att ta beslut om det (Seah et al., 2015b; Thornhill et al., 2008). Tanken på döden kändes mer hanterlig när de hade sin religiösa tro (Chiaranai, 2014; Thornhill et al., 2008). Religion och att be böner var viktigt för välbefinnandet för dem (Heo et al., 2009). De trodde även att andras böner påverkade deras hälsa positivt (Pattenden, Roberts & Lewin 2007).

## Emotionella reaktioner

Nedstämdhet, förtvivlan och hopplöshet var vanliga känslor hos personer med hjärtsvikt. De kunde känna sig usla, och många hade inte längre ork att känna varken glädje eller lycka. Vissa hade gett upp och brydde sig inte längre om någonting. För dem spelade det heller ingen roll om de avled (Chiarani, 2014; Ryan & Farrelly, 2009). Livslusten påverkades av tankar om sjukdomen. Genom att hitta på saker kunde de glömma bort det dåliga hjärtat för en stund. Många blev hjälpta av att se tillbaka på sitt liv. Det minskade på bördan att minnas upplevelser och saker som de gjort, de kunde då se att de hade levt ett bra och rikt liv (Falk et al., 2007). Att ha en positiv inställning hjälpte andra, de upplevde ett större välbefinnande och mer meningsfullhet trots sin sjukdom (Falk et al., 2007; Heo et al., 2009).

Tankar på framtiden och döden skapade ångest, oro och ilska hos många. Då de upplevde att framtiden var osäker valde många att leva endast från dag till dag (Rodriguez et al., 2007). En del drömde om ett annat liv och att sjukdomen endast var något tillfälligt. De hoppades på en positiv förändring, en ljus framtid, och att de befann sig i en annan situation. För många var relationen till livet ansträngd med emotionella svängningar, pendlande mellan hopp och förtvivlan, må bra och må dåligt, känna tillfredsställelse och känna missnöje (Nordgren et al., 2007b).

## Mötet med vården

Upplevelsen av att bli vårdad på sjukhus var ofta inte positiv. Många beskrev en känsla av att inte vara välkomna på sjukhusen när de sökte vård. Detta gjorde att de inte alltid sökte vård när de kände sig försämrade, utan istället valde att stanna hemma (Nordgren, Asp & Fagerberg, 2007a; Ryan & Farrelly, 2009) De upplevde att vårdpersonalen inte tyckte de skulle vara där, utan endast tog upp dyrbar tid. De kände även att vårdpersonalen inte lyssnade på dem, och att de inte alltid blev betrodda (Ryan & Farrelly, 2009) På akuten fick de alltid träffa olika läkare, vilket gjorde att de upplevde en dålig kontinuitet på sjukhusen (Nordgren et al., 2007a; Ryan & Farrelly, 2009). De beskrev att det var viktigt för dem att ha samma läkare eller sjuksköterska, då det skapade ett förtroende för vården och gav dem trygghet. De betonade även vikten av att kunna ha någon specifik hjärtsviktsjuksköterska att kunna kontakta vid frågor eller tidsbokning (Falk et al., 2007).

Personer med hjärtsvikt upplevde att läkarna till en början hade svårt att ställa rätt diagnos, vilket gjorde att de fick en känsla av att läkarna var osäkra och förvirrade angående deras symptom. Detta ledde till att de fick söka vård ett flertal gånger innan rätt diagnos ställdes. Ilska och irritation uppstod, och de kände att ingen brydde sig om dem (Rodriguez et al., 2008; Thornhill et al., 2008).

## Behov av kunskap

God information var viktigt för välbefinnandet, för förståelsen om sjukdomen och dess symptom. Hur vårdpersonalen samtalade med personerna med hjärtsvikt spelade en stor roll. Det var viktigt att deras språk var anpassat för personen, detta för att de skulle förstå all information och känna trygghet (Nordgren et al. 2007a; Thornhill et al., 2008). De som fått god information var generellt mer nöjda. De tyckte att läkarna var lyhörda för deras behov, samt att de hade blivit bemötta och behandlade på ett bra sätt (Thornhill et al., 2008). De som hade god kunskap om sjukdomen och läkemedel kunde själva planera och lättare ta egna beslut. Det kunde exempelvis vara att om en person druckit för mycket en dag och gått upp i vikt, kunde personen själv justera sina läkemedel och ta extra diuretika (Falk et al., 2007; Rodriguez et al., 2008).

Följsamheten till att ta sina läkemedel varierade hos personerna med hjärtsvikt. En orsak till detta var bland annat brist på information om diagnosen, symptom, läkemedel och dess biverkningar samt vikten av livsstilsförändringar. Vissa valde att sluta ta sina läkemedel när de kände sig bättre i sin sjukdom, vilket ledde till återinläggningar (Rodriguez et al., 2008). Andra slutade ta dem när de upplevde att biverkningarna blev för svåra. De tyckte att biverkningarna var värre än själva hjärtsvikten i sig (Pattenden et al., 2007). Genom att följa rekommendationer om läkemedel och livsstilsförändringar mårde de flesta bra. De var uppmärksamma på

symptom tog sina läkemedel dagligen, gjorde dagliga viktkontroller och var noga med kost och fysisk aktivitet (Chiaranai, 2014; Heo et al., 2009).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva personers upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt. Styrkan med kvalitativ metod och varför den valdes var att den har för avsikt att undersöka personers erfarenheter och upplevelser av ett fenomen. Detta ger en ökad kunskap och förståelse om det fenomen som undersökts. Om syftet går att besvara med vald metod, ökar studiens trovärdighet (Henricson & Billhult, 2012; Wallengren & Henricson, 2012). Kvantitativ metod valdes inte då den främst består av att beskriva samband eller jämförelser av olika saker, där data presenteras i form av siffror (Billhult & Gunnarsson, 2012b; Henricsson, 2012). I resultatet har tecken på nedsatt livskvalité och depressiva symtom framkommit. Det är något som mäts kvantitativt via enkäter och mätinstrument. Vårt syfte studerar det som finns bakom skattningar av till exempel livskvalité och depression. Således stärks trovärdigheten då syftet är kvalitativt. Dock hade helhetsbilden av upplevelsen sett annorlunda ut om både kvalitativ och kvantitativ metod använts (Billhult & Gunnarsson, 2012a; Billhult, & Gunnarsson, 2012b; Borglin, 2012; Gunnarsson & Billhult, 2012; Henricsson, 2012).

Medline och CINAHL var de databaser som användes till sökningarna. Dessa valdes då de innehåller studier inom omvårdnad, samt för att få ett stort urval av artiklar. En tredje databas PsychINFO, hade kunnat användas för att identifiera ännu fler artiklar. Den innehåller studier inom omvårdnad, och även psykologi. Google Scholar är ett komplement till en databas som kan användas vid sekundärsökning. Dessa databaser valdes bort på grund av tidsbrist, vilket kan ses som en svaghet. Istället gjordes endast en sekundärsökning utifrån de valda artiklarnas referenslista (Karlsson, 2012; Östlundh, 2012). I litteraturöversikten användes artiklar som var publicerade mellan 2005-2015 då vetenskapligt material är en färskvara. Materialet ska baseras på den senaste forskningen. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska, då det inte finns så många artiklar skrivna på svenska, och träffresultatet blir inte tillräckligt (Östlundh, 2012). De kriterier som sattes upp var förutom att ha kronisk hjärtsvikt skulle deltagarna vara både män och kvinnor, samt att de skulle vara över 18år. Detta för få ett brett perspektiv av upplevelsen och öka bekräftelsebarheten av litteraturöversikten (Wallengren & Henricsson, 2012). Att både män och kvinnor skulle inkluderas i litteraturöversikten var för att få ett resultat som var generellt för gruppen med hjärtsvikt. Dock sågs det i artiklarnas urval att i samtliga artiklar var det fler män än kvinnor som deltog i studierna. Detta kan ha påverkat resultaten då män och kvinnor kan ha olika upplevelser av hur det är att leva med hjärtsvikt.

För att ytterligare öka bekräftelsebarheten beskrevs datainsamlingen detaljerat och hur länge den pågick (Wallengren & Henricson, 2012). I databasen CINAHL användes funktionen peer-reviewed. I databasen Medline finns inte funktionen,

artiklarna söktes då upp på respektive tidskrifts hemsida. Samtliga artiklar som använts var peer-reviewed (Östlundh, 2012).

Analysen utgick ifrån Friberg, där artiklarna granskades steg för steg. Artiklarna lästes igenom individuellt ett flertal gånger och nyckelfynd identifierades. Nyckelfynden analyserades och diskuterades författarna emellan, för att kontrollera att artiklarnas resultat var tolkat lika. Detta stärker trovärdigheten i studien. Externa granskare så som handledare och en person som tidigare gjort ett examensarbete har använts genom analysprocessen. När externa granskare används stärks trovärdighet och pålitlighet i litteraturöversikten ytterligare om de anser att resultatet svarar på syftet (Friberg, 2012b; Wallengren & Henricsson, 2012).

Litteraturöversikten är gjord på artiklar från ett flertal olika länder. Artiklarna som använts har studerat olika när det gäller NYHA-klasser. Vissa har studerat alla klasser, och andra har studerat endast två eller tre klasser. Detta kan ha påverkat resultatet då en person med högre NYHA-klass har värre symptom än en person med lägre NYHA-klass. Därav kan upplevelsen se annorlunda ut hos de olika personerna (McMurray, et al., 2012). Vid analys och sammanställning kunde likheter i upplevelser ses. Detta gör att litteraturöversiktens resultat går att överföra till sammanhang i både sjukvården och ute i samhället. Dock blir resultatet generellt för gruppen, vilket minskar överförbarheten gentemot en specifik NYHA-klass (Henricson, 2012).

Under litteraturöversiktens gång har författarna varit medvetna om sin förförståelse. Detta då båda har erfarenhet av att möta och vårda personer som lever med hjärtsvikt. Författarna har diskuterat sin förförståelse under litteraturöversiktens gång, där förförståelsen av att leva med hjärtsvikt inte var så allvarlig som resultatet visat. Författarna har inte haft förståelse för hur stor del av en persons liv som förändras när den drabbas av hjärtsvikt. Att vara medveten om sin förförståelse stärker trovärdigheten och pålitligheten i litteraturöversikten. Genom att först ha analyserat individuellt och sedan diskuterat och sammanställt analysen gemensamt, kan risken ha minskats för att analysen påverkats av författarnas förförståelse. Att vara fler författare än en som analyserar, stärker även det både trovärdighet och pålitlighet i studien (Wallengren & Henricsson, 2012).

Innan en forskningsstudie påbörjas ska deltagaren informeras skriftligt och muntligt om studiens syfte, innehåll, fördelar och risker. Sedan ska det inhämtas ett skriftligt och frivilligt samtycke från deltagaren. De ska även informeras om sin rätt att avsluta deltagandet i studien när som helst, utan att meddela varför (Kjellström, 2012). I litteraturöversiktens artiklar har inte alla varit tydliga med de etiska övervägandena. Ovanstående punkter har inte fullt kunnat utläsas. Det går således inte att garantera att alla deltagare fått all information de har rätt till. Däremot har alla artiklar ett etiskt godkännande från en etisk kommitté (Wallengren & Henricson, 2012).

## Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva upplevelsen av att leva med hjärtsvikt. I resultatet framkom det att personer som drabbas av hjärtsvikt blir begränsade fysiskt i det dagliga livet. Europe & Tyni-Lenné (2004) beskriver att sjukdomens symptom bidrar till att personer med hjärtsvikt inte kan leva som innan. Zambroski (2003) fann att välbefinnandet påverkades negativt då de fysiska symptomen väckte känslor som oro, frustration, rädsla och skuld.

Resultatet visar också att många vill leva ett så vanligt liv som möjligt trots sin sjukdom. Dock fanns en oro för att sjukdomen kunde förvärras. Bosworth et al. (2004) styrker detta genom att beskriva rädslan för att få ett anfall som stor, därmed slutade personerna att utföra vissa aktiviteter. Dagarna blev långa när de inte hade något att göra och många kände sig då uttråkade. Personer som valde att anpassa sina dagliga aktiviteter till sin fysiska förmåga hade lättare att acceptera sin sjukdom. Detta styrks även av Europe & Tyni-Lenné (2004) som visar att de som anpassade sig till och hittade strategier för att utföra fysisk aktivitet kände en större tillfredsställelse i sin situation. Utifrån detta är det av stor vikt att inom personcentrerad vård ha förståelse för vem som vårdas, vem personen är och hur den levt sitt liv innan. Detta för att kunna hjälpa personen att hantera förändringen till det nya livet den kommer ställas inför (Price, 2006). I en studie av Ekman et al (2012) jämfördes vanlig vård med vård med en personcentrerad prägel. Där påvisades personcentrerad vård ha stor positiv inverkan på personer med hjärtsvikt. Vid första mötet med sjukvårdspersonal identifierades personernas resurser och togs tillvara på. Detta för att deras resurser och barriärer till återhämtning skulle vägleda planering av vården. Enligt Manley et al (2011) krävs det att hela vårdteamet har kunskap och färdighet för att kunna utöva personcentrerad vård.

Förändring av identitet och självbild kunde ses hos personerna med hjärtsvikt. I resultatartiklarna framkom det att många kände sig isolerade från sitt sociala liv. De kunde inte delta i sociala aktiviteter eller arbeta som de gjort tidigare. Detta påverkade välbefinnandet negativt. Att kunna arbeta var betydelsefullt för personerna, både ekonomiskt och för den sociala rollen. I Dekker, Peden, Lennie, Schooler och Moser (2009) beskrivs det att välmåendet påverkas av en försämrad ekonomi. För många var arbetet en viktig del i upplevd identitet, vilket kan vara en förklaring till varför Bosworth et al. (2004) beskriver att möjligheten att kunna arbeta var viktigare än själva pengarna i sig. Känslan av att inte längre vara behövd påverkade både självkänsla och självförtroende. Resultatet visade även att män beskrev en skam när de inte kunde utföra sexuell aktivitet. En möjlig förklaring till det kunde vara att den manliga rollen förminskades av förväntningar på att de skulle kunna tillfredsställa sin partner (Bosworth et al. 2004). Det är viktigt att ta upp att sexuell dysfunktion även är vanligt bland kvinnor. Kvinnor upplevde i större utsträckning minskad sexuell lust, till skillnad mot männen där impotens var mest vanligt förekommande (Steinke, 2010). Detta är något som inte tagits upp i

resultatartiklarna, vilket kan förklaras av att det var fler män än kvinnor som deltog i studierna. Driel, De Hosson och Gamel (2014) beskriver vikten av att vårdpersonal ger information om hur symptom och biverkningar påverkar det sexuella samlivet. För att inte välbefinnande hos personerna är det viktigt att ha en personcentrerad syn på vården, där personernas berättelser om upplevelsen av sjukdomen och livssituation framkommer. Då resultatet visar på att identiteten upplevs förlorad hos många, beskriver Clarke, Hanson och Ross (2003) vikten av att inte behandla personerna som objekt, utan se personerna bakom sjukdomen. Genom att inte bara titta på det som är medicinskt kan personernas identitet stärkas.

I resultatet framkom att stöd från närstående var av stor vikt för personerna för att känna trygghet. Trygghet skapades av att de hade någon att samtala med, vilket underlättade för dem att hantera negativa känslor. Detta styrks av Burström, Boman, Strandberg och Brulin (2007) där en öppen kommunikation med närstående minskar känslan av otrygghet. Att kunna samtala om sitt hjärtproblem med sin familj visades vara viktigt även i Nordgren, Asp och Fagerberg (2008). Alla närstående klarade inte av att samtala, eller hade inte förståelse för vikten av att de behövde samtala om sina upplevelser. Det gjorde att vissa valde att inte berätta något alls, andra var tvungna att noga tänka ut vad de skulle berätta, och för vem.

Att leva ensam var enligt resultatet förknippat med otrygghet. Detta resulterade i en rädsla som enligt Burström, Brännström, Boman och Strandberg (2012) handlade om att inte kunna klara sig själv och inte heller kunna ta hand om sitt hem. Enligt en studie gjord på personer med hjärtsvikt som är ineliggande, betonas vikten av att vårdpersonal arbetar personcentrerat, och redan vid första kontakten tar reda på hur hemsituationen ser ut samt lyssnar på vilka önskemål som finns. Detta för att i god tid kunna planera för eventuell vård i hemmet, då ångest kan uppstå om hemsituationen inte upplevs som trygg (Ulin, Olsson, Wolf & Ekman, 2015). Genom att arbeta personcentrerat läggs fokus på hela personen och vad denne har för önskemål för att uppnå trygghet och god hälsa, istället för att endast fokusera på sjukdomen (Price, 2006).

I resultatet framkom att framtiden upplevdes som mycket osäker, då personerna var medvetna om att sjukdomen skulle leda till döden. Det resulterade i plågsamma tankar som påverkade deras dagliga liv. I Blinderman et al (2008) sågs psykologiska och emotionella symptom påverka välbefinnandet, vilket kan ses i ett flertal av resultatartiklarna. Detta styrks av studien gjord av Murray, Kendall, Boyd, Worth och Benton (2004) som visar att många har symptom på depression. De vill dock inte bli stämplade som deprimerade, trots att de beskrev att de aldrig kände sig glada och livet inte var värt att leva. Resultatet visar även att många tappat livslusten, då livet inte kändes meningsfullt längre. Även det styrks av Murray et al. (2004) som beskriver att många hade tankar på, och en önskan om, att få avsluta sitt liv. Det psykologiska välbefinnandet har visats öka när personcentrerad vård används. Detta då förståelsen för personernas sjukdomsupplevelse förbättras. All sjukvårdspersonal

som är inblandad fokuserar på att bygga en relation med den som vårdas genom att inge förtroende och visa på vilja att hjälpa (Brännström & Boman, 2014).

Resultatet visar att vissa lättare klarade av att hantera sin sjukdom när de hade en tro. Detta styrks av Dekker et al. (2009) som beskriver relationen till Gud som mycket betydelsefull. De kände en lättnad när de bad böner, läste heliga skrifter och besökte kyrkor. Det hjälpte dem att lägga negativa tankar och känslor åt sidan för en stund. Enligt Bosworth et al. (2004) uppskattade de livet mer när de kände trygghet av att vara i Guds händer. Genom att ha kunskap och förståelse om personernas eventuella livsåskådning kan det bidra till en mer personcentrerad vård. Därför är det viktigt att vården inte fokuserar enbart på personernas fysiska-, psykiska- och sociala behov, utan även på deras existentiella behov (Clarke et al. 2003).

Vården har enligt resultatet visats vara förknippat med mycket negativa känslor. Baudendistel et al. (2015) beskriver vikten av en god relation mellan den som vårdas och läkaren. De syftar på att en långvarig kontakt med en och samma läkare ökar förtroendet och tryggheten för personen som vårdas. De beskriver även att upplevelsen av vårdkvalitén påverkades av kommunikationen mellan vårdpersonal och personen som vårdas för hjärtsvikt. Något som även framkommit i resultatet var brist på information. Nordgren et al. (2008) beskriver vikten av god information till personerna om exempelvis läkemedel. Detta för att de inte ska känna att de tappar kontrollen, utan får en bättre förståelse för varför alla läkemedel är bra för dem. Om personerna med hjärtsvikt hade god kunskap om sin sjukdom ökade följsamheten till att ta läkemedel och även följa rekommendationer om livsstilsförändringar. Ett annat sätt att öka följsamheten kan vara att information även ges till närstående. Genom att involvera närstående kan det öka tryggheten, då de kan stötta personerna till att fatta bra beslut om sin sjukdom (Manley et al., 2011).

Personcentrerad vård har visats ha god effekt på personer med hjärtsvikts upplevelser av vården (Dudas et al., 2013). Personens berättelser ses som det första steget och det som är centralt i personcentrerad vård, där berättelserna ligger till grund för planering och utförandet av vården (Dudas et al., 2013). Ulin et al., (2015) menar att personen ska ses som kompetent nog att vara med i planerandet av sin vård, då detta skapar trygghet hos personen. Dudas et al., (2013) beskriver hur personer som vårdats personcentrerat kände mindre osäkerhet i sin sjukdom samt hade lättare att hantera den. Detta kan ses i resultatet där information och kunskap om sjukdomen ökade känslan av trygghet hos personerna. När personen och vårdpersonalen arbetar personcentrerat tillsammans kan många frågor besvaras och lösas under tiden personen är inlagd (Dudas et al., 2013).



## **Slutsats**

Att leva med hjärtsvikt är en unik upplevelse för de personer som är drabbade. Hjärtsvikten påverkar livssituationen och kan förändra den helt, något som personerna måste vara införstådda med. Dagliga sysslor måste noga planeras och delas upp för att ha ork att klara av sådant de tidigare gjort. Trygghet och stöd från familj och vänner, har stor betydelse för hanterandet av situationen. När livet förändrades väcktes mycket känslor, vilket hos många påverkade livslusten negativt. Många upplevde även brist på information och kontinuitet i vården. Vårdpersonal ska bedriva en personcentrerad vård i arbetet med personer som lever med hjärtsvikt. Detta då personcentrerad vård synliggör hela personen och dennes upplevelser och inte endast sjukdomen. Inom ämnesområdet kan förslag på fortsatt forskning vara att studera upplevelsen av hjärtsvikt hos en specifik NYHA-klass.

## **Kliniska implikationer**

Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i vårdandet av personer med hjärtsvikt. Det är viktigt att sjuksköterskan respekterar personen och hans upplevelser om sitt tillstånd. Sjuksköterskan ska verka för en positiv sjukhusmiljö där personer ska känna att de kan få den vård de behöver. Personer som vårdas ska kunna känna sig trygga i att våga fråga om hjälp och råd och sjuksköterskan ska göra sitt yttersta för att bidra till gott bemötande. Sjuksköterskan ska ha en god kunskap om innebörden av hjärtsvikt, vad den kan påverka hos personen och hur, samt vilka behov och resurser personen har. Detta för att kunna arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där personen står i fokus.

## Referenser

Baudendistel, I., Noest, S., Peters-Klimm, F., Herzberg, H., Scherer, M., Blozik, E., & Joos, S. (2015). Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. *Dove Press Journal: Patient Preference and Adherence*, 2015:9, 1397-1405. doi: 10.2147/PPA.S83850.

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012a). Enkäter. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s.140-149). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012b). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s.116-126). Lund: Studentlitteratur.

Blinderman, C., Homel, P., Billings, J., Portenoy, R., & Tennstedt, S. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 35(6), 594-603. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007

Borglin, G. (2012). Mixed metod- en introduktion. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 270-287). Lund: Studentlitteratur.

Bosworth, H., Steinhauser, K., Orr, M., Lindquist, J., Grambow, S., & Oddone, E. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & Mental Health*, 8(1), 83-91. doi:10.1080/13607860310001613374

Brännström, M., & Boman, K. (2014). Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *European Journal Of Heart Failure*, 16(10), 1142-1151. doi:10.1002/ejhf.151

Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C. (2007). Male patients with heart failure and their experience of being safe and unsafe. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 27(3), 24-28  
<http://web.a.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=13155816-of61-462e-bf80-bd20a7483798%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4109>

Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg, G. (2012) Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 816–825. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x

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. doi:10.4037/ccn2014938

Chiaranai, C. (2014). A phenomenological study of day-to-day experiences of living with heart failure: do cultural differences matter?. *The Journal Of Cardiovascular Nursing*, 29(4), 9-17. doi:10.1097/JCN.0000000000000105

Clarke, A., Hanson, E., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal Of Clinical Nursing*, 12(5), 697-706. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x

Dekker, R. L., Lennie, T. A., Doering, L. V., Chung, M. L., Wu, J., & Moser, D. K. (2014). Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 168-176. doi:10.1177/1474515113519520

Dekker, R., Peden, A., Lennie, T., Schooler, M., & Moser, D. (2009). Living with depressive symptoms: patients with heart failure. *American Journal Of Critical Care*, 18(4), 310-318  
doi:10.4037/ajcc2009672

Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., & ... Pedersen, B. (2006). Independence/dependence -- a contradictory relationship? Life with a chronic illness. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 20(3), 261-268.  
doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00403.x

Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J.J. V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P. A.,... Swedberg, K. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Journal of Heart Failure*, 10(10), 933. doi:10.1093/eurheartj/ehn309

Dougherty, C., Pyper, G., Au, D., Levy, W., & Sullivan, M. (2007). Drifting in a shrinking future: living with advanced heart failure. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 480-487  
doi: 10.1097/01.JCN.0000297384.36873.52

Dowrick, C., Dixon-Woods, M., Holman, H., & Weinman, J. (2005). What is chronic illness?. *Chronic Illness*, 1(1), 1-6. Hämtad från:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=beff4ace-03c8-4d07-84d8-6869bacoaf97%40sessionmgr113&vid=14&hid=123>

Driel, A. v., de Hosson, M. J., & Gamel, C. (2014). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality.

European Journal Of Cardiovascular Nursing, 13(3), 227-234.  
doi:10.1177/1474515113485521

Dudas, K., Olsson, L., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 12(6), 521-528. doi:10.1177/1474515112472270

Dunderdale, K., Furze, G., Thompson, D., Beer, S., & Miles, J. (2007). Health-related quality of life from the perspective of patients with chronic heart failure. *British Journal Of Cardiology*, 14(4), 207-212. Hämtad från: <http://www.medscape.com/viewarticle/568698>

Ekman, I., Norberg, A., & Swedeberg, K. (2014) Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik* (s. 69-96) Stockholm: Liber

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112-1119. doi:10.1093/eurheartj/ehr306

Europe, E., & Tyni-Lenné, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart & Lung*, 33(4), 227-234. doi:10.1016/j.hrtlng.2004.03.003

Falk, S., Wahn, A., & 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. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.09.002

Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Graetz, B., Sullivan, M., Robertson, T., & Reeve, J. (2015). Do hydrotherapy exercise programmes improve exercise tolerance and quality of life in patients with chronic heart failure? A systematic review... ML Roberts Prize Winner. *New Zealand Journal Of Physiotherapy*, 43(2), 64-71. Hämtad från: <http://physiotherapy.org.nz/assets/Professional-dev/Journal/2015-July/ML-Roberts-prize-winner-Do-hydrotherapy-exercise-programmes-improve-exercise.pdf>

Greaney, A., Sheehy, A., Heffernan, C., Murphy, J., Mhaolrúnaigh, S. N., Heffernan, E., & Brown, G. (2012). Research ethics application: a guide for the novice researcher. *British Journal Of Nursing*, 21(1), 38-43. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com.bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=08c4c14d-75f3-43c3-90bd-0d74482348fa%40sessionmgr111&vid=27&hid=102>

González, B., Lupón, J., Herreros, J., Urrutia, A., Altimir, S., Coll, R., & ... Valle, V. (2005). Patient's education by nurse: what we really do achieve?. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 107-111. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.03.006

Gunnarsson, R., & Billhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 152-160). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 472- 479). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s.130-137). Lund: Studentlitteratur.

Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 38(2), 100-108.  
doi:10.1016/j.hrtlng.2008.04.002

Hui-Chin, C., Hsing-Mei, C., Garet, M., & Ruey-Hsia, W. (2014). Predictors of Physical Activity in Patients With Heart Failure. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 29(4), 324-331.  
doi:10.1097/JCN.0b013e31828568d6

Hwang, S., Liao, W., & Huang, T. (2014). Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan Journal Of Nursing Science*, 11(4), 290-298.  
doi:10.1111/jjns.12034

Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 96-113). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson. (red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 70- 90). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson Uggla, B. (2014) Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik* (s. 21-68 ) Stockholm: Liber

Lowey, S. E., Norton, S. A., Quinn, J. R., & Quill, T. E. (2013). Living with advanced heart failure or COPD: Experiences and goals of individuals nearing the end of life. *Research In Nursing & Health*, 36(4), 349-358. doi:10.1002/nur.21546

Manley, K., Hills, V., & Marriott, S. (2011) Person-centred care: Principle of Nursing Practice D. *Nursing Standard*. 25(31), 35-37. Hämtad från:  
[https://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/377365/Nursing\\_Standard\\_Principle\\_D\\_April11\\_560KB.pdf](https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/377365/Nursing_Standard_Principle_D_April11_560KB.pdf)

McMurray, J.V, J., Adamopoulos, S., Anker, D, S., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K,... Zeiher, A. (2012). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Journal of Heart Failure*, 33. 1787-1847. doi:10.1093/eurheartj/ehs104

Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39-45. doi:10.1191/0269216304pm8370a

Nicholson, C. (2014). Chronic heart failure: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nursing Older People*, 26(7), 29-38. doi:10.7748/nop.26.7.29.e584

Nicholson, C. (2007) Heart Failure – A clinical nursing handbook. West Sussex: Wiley

Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007a). An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged heart failure patients. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 121-129. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.06.002.

Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007b). Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qualitative Health Research*. 17(1), 4-13. doi:10.1177/1049732306296387

Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2008). Support as experienced by men living with heart failure in middle age: a phenomenological study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(9), 1344-1354. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.10.005

Pattenden, J., Roberts, H., & Lewin, R. (2007). Living with heart failure; patient and carer perspectives. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 273-279. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097

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. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x

Price, B. (2006). Exploring person-centred care. *Nursing Standard*, 20(50), 49-60. Hämtad från: <http://web.a.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a585d42d-316a-4069-ab30-27f1b7e43490%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4109>

Rodriguez, K. L., Appelt, C. J., Switzer, G. E., Sonel, A. F., & Arnold, R. M. (2008). "They diagnosed bad heart": a qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 37(4), 257-265. doi:10.1016/j.hrtlng.2007.09.001

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. . I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 429-444) Lund: Studentlitteratur AB

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. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005

Seah, A. W., Khoon Kiat, T., & Wenru, W. (2015a). A Narrative Literature Review of the Experiences of Patients Living With Heart Failure. *Holistic Nursing Practice*, 29(5), 280-302. doi:10.1097/HNP.000000000000104

Seah, A. W., Tan, K. K., Huang Gan, J. C., & Wang, W. (2015b). Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. *Journal Of Transcultural Nursing*, 1-8. doi: 10.1177/1043659615573840

Segesten, K. (2012) Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Slater, L. (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23, 135-144. PMID: 17083326

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen



Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård- vetenskaplig underlag*. [Hämtad 2015.08.30] från: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-hjartsjukvard-remissversion-vetenskapligt-underlag.pdf>

Steinke, E. (2010). Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease: what do we know?. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 151-158. doi:10.1097/JCN.0b013e3181c60e63

Sterne, P. P., Grossman, S., Migliardi, J. S., & Swallow, A. D. (2014). Nurses' Knowledge of Heart Failure: Implications for Decreasing 30-Day Re-Admission Rates. *Medsurg Nursing*, 23(5), 321-329. Hämtad från: <http://web.a.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8de9581a-5679-4c36-ba6c-af1ba6a305c5%40sessionmgr4005&vid=4&hid=4112>

Thornhill, K., Lyons, A. C., Nouwen, A., & Lip, G. H. (2008). Experiences of living with congestive heart failure: a qualitative study. *British Journal Of Health Psychology*, 13(Pt 1), 155-175. doi:10.1348/135910706X170983

Tully, P.J., Selkow, T., Bengel, J., Rafanelli, C. (2014). A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: the discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise, and psychotropic medication. *Disability and Rehabilitation, An international, multidisciplinary journal*, 37(7) 1-8. doi: 10.3109/09638288.2014.935493

Ulin, K., Olsson, L., Wolf, A., & Ekman, I. (2015). Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*. 2015:3 1-8. doi: 10.1177/1474515115569945

Vellone, E., Fida, R., D'Agostino, F., Mottola, A., Juarez-Vela, R., Alvaro, R., & Riegel, B. (2015). Self-care confidence may be the key: A cross-sectional study on the association between cognition and self-care behaviours in adults with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1705-1713. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.013

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur.

Zambroski, C. (2003). Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart & Lung*, 32(1), 32-40. doi:10.1067/mhl.2003.10



Östlundh, L. (2012) Informationssökning. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

**Titel:** \_\_\_\_\_  
**Författare:** \_\_\_\_\_  
**Årtal:** \_\_\_\_\_  
**Tidskrift:** \_\_\_\_\_

#### Del I.

#### Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja  Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja  Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja  Nej

Är urvalet beskrivet?  Ja

Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

---

#### Del II

#### Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?  Ja  Nej

Hänger metod och syfte ihop? Ja  Nej   
(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)

Beskrivs datainsamlingen?  Ja  Nej

Beskrivs dataanalysen?  Ja  Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ställningstagande? Ja  Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja  Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?

Ja  Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen?

Nej  Ja

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....  
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....  
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....  
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: .....

## Bilaga 2

Författare, årtal, land	Deltagare	Syfte	Metod	Resultat
Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. 2010 Sverige	Deltagare: 15st 10 män, 5 kvinnor Medelålder: 76år	Beskriva hur personer med hjärtsvikt upplever fysiska begränsningar i det dagliga livet.	Explorativ och Kvalitativ Fenomenografisk Semistrukturerade intervjuer.	Deltagarna uppfattade en mängd olika aspekter som rörde de fysiska begränsningarna i livet. Förståelsen för begränsningarna gjorde att deltagarna fann nya sätt att hantera situationen på.
Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C., & Moser, D.K. 2009 USA	Deltagare: 20st 14 män, 6 kvinnor Medelålder: 58år	Hur personer med hjärtsvikt definierar och upplever livskvalité.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer	Personernas livssituation påverkade livskvalitén. Socialt stöd, ekonomi, andligt stöd och att känna glädje var olika faktorer som definierades.
Chiarani, C. 2014 Thailand	Deltagare: 15st 9 män, 6 kvinnor Ålder: 47-75år	Undersöka upplevelsen av att leva med hjärtsvikt.	Kvalitativ Fenomenologisk intervjuer	De upplevde fysiska, sociala och ekonomiska begränsningar och lärde sig att hantera den nya livssituationen genom att använda sig av andligt stöd.
Rodriguez, K.I., Appelt, C.C., Switzer, G.E., Sonel, A.F., & Arnold, R.M. 2008 USA	Deltagare: 25st 24 män, 1 kvinna Medelålder: 70,4år	Undersöka personers kunskap om hjärtsvikt, förståelse för olika behandlingar och synen på hur det påverkar deras dagliga liv.	Kvalitativ Semistrukturerade telefonintervjuer	De upplevde fördröjning i att få diagnosen hjärtsvikt, och de hade otillräcklig information om den. Dock har de en förståelse för vikten av att följa rekommendationer om behandling.
Dunderdale, K., Furze, G., Thompson, D.R., Beer, S.F., Miles, J.N.V. 2007 England	Deltagare: 11 st 9 män, 2 kvinnor Ålder: 57-72år	Undersöka livskvalité relaterad till hälsa hos personer med hjärtsvikt	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer	Livskvalitén påverkades av de fysiska begränsningarna, vilket i sin tur påverkade flera områden som; känslor, självbild och socialt liv.
Ryan, M., & Farrelly, M 2009 Irland	Deltagare: 9st 6 män, 3 kvinnor Medelålder: 69år Nyha klass 3-4	Beskriva personers upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt.	Kvalitativ Fenomenologisk Ostrukturerade intervjuer	Upplevelsen av att leva med hjärtsvikt var beskriven som skrämmande och påfrestande på grund av känsla av maktlöshet och energilöshet.
Falk, S., Wahn, A-K., Lidell, E. 2007 Sverige	Deltagare: 17st 12 män, 5 kvinnor Ålder: 55-83år	Beskriva hur personer som lever med kronisk hjärtsvikt upplever sitt dagliga liv.	Kvalitativ Fenomenografisk Semistrukturerade intervjuer	Sjukdomens symtom påverkade det dagliga livet. Personerna hittade sätt att hantera svåra situationer och upprätthålla det som var viktigt för dem.
Chuen Wei Seah, A., Kiat Tan, Khoon.,	Deltagare: 15st 13 män, 2 kvinnor Ålder: 51-85år	Ta reda på vilka upplevelser, behov och copingstrategier	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer	Upplevelsen av att leva med hjärtsvikt överväldigade deltagarna, på grund av osäkerhet kring sjukdomen. Vissa

Chew Huang Gan, J., Wang, W. 2015 Singapore		personer som lever med hjärtsvikt har.		accepterade tillståndet, andra behövde mer stöd från närstående.
Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. 2007 Sverige	Deltagare: 7st 4 män, 3 kvinnor Ålder: 38-65	Beskriva medelålders personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt.	Kvalitativ Fenomenologisk intervjuer	Upplevelsen beskrevs av en livssituation där kroppen, självbilden och livssituationen är förändrad.
Pattenden, J.F., Roberts, H., Lewin, R.J.P. 2007 England	Deltagare: 36st patienter, 20 st anhöriga	Beskriva hur personer med hjärtsvikt och deras anhöriga hanterar det dagliga livet.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer	Svårigheter i att hantera funktionella nedsättningar beskrevs, även biverkningar av läkemedel, brist på socialt stöd, och dålig ekonomi.
Thornhill, K., Lyons, A.C., Nouwen, A., & Lip, G.Y.H. 2008 England	Deltagare: 25st 21 män, 4 kvinnor Ålder: 35-83år	Utforska personers upplevelse av att bli diagnostiserade med och leva med hjärtsvikt.	Kvalitativ Fenomenologisk Semistrukturerade intervjuer	Deltagarna kände att de inte blev lyssnade på av vårdpersonal, de kände sig även begränsade i det dagliga livet. Sociala relationer och aktiviteter var viktigt för att kunna anpassa sig till livet med hjärtsvikt.
Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. 2007 Sverige	Deltagare: 7st 4 män, 3 kvinnor Ålder: 39-65år	Undersöka upplevelser av vården hos medelålders personer som lever med hjärtsvikt.	Kvalitativ Fenomenologisk Ostrukturerade intervjuer	Upplevelsen av vården var tvetydig. Deltagarna beskrev både lidande och välbefinnande, de hade önskan om att kunna komma tillbaka till sitt vanliga liv.