

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:7

När hjärtat sviktat

Den äldre patientens upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt

Jane Abrahamsson
Frida Karlsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	När hjärtat sviktar Den äldre patientens upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt
Författare:	Jane Abrahamsson Frida Karlsson
Ämne:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK25A
Handledare:	Ewa Lagerström
Examinator:	Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

Kronisk hjärtsvikt är en vanligt förekommande sjukdom som för med sig en successiv kroppslig funktionsnedsättning. Ibland är förståelsen i vården liten för den äldre patientens förändrade livssituation då den ofta ses som en del av ett naturligt åldrande. Syftet är att beskriva den äldre patientens upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt. Studien har genomförts som en litteraturstudie där materialet består av kvalitativa artiklar. Litteratursökningen gjordes i databaserna Academic Search Elite, Cinahl, Medline och Pubmed där sökorden har kombinerats på olika sätt för att få fram relevanta artiklar. Den insamlade datan granskades och analyserades efter Evans (2002-2003) gällande innehållsanalys. Resultatet presenteras i fyra huvudteman med subteman. Tema ett handlar om att symtomen ger en orkeslöshet som begränsar patientens liv. Tema två tar upp känslan av att bli en börda och vilka skuld känslor det ger. Tema tre berör patientens tankar kring försämring av sjukdomen och döden. I tema fyra tar patienten åter kontroll över sitt liv genom att bygga relationer, få bekräftelse och göra aktiva val. I diskussionen tar vi bland annat upp frustrationen över att tvingas ta det lugnt och hur patientens oro kan visa sig i praktiken. Vi diskuterar också hur sjuksköterskan kan använda sig av den här kunskapen.

Nyckelord: *heart failure, patient, experience, elderly, qualitative study, activity*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt	1
Symtom	1
Diagnos och behandling	2
Naturligt åldrande	2
Att vara människa när hjärtat sviktar	3
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling	4
Dataanalys	4
RESULTAT	5
Att vara begränsad i livet	6
Minskad fysisk kapacitet	6
Enkla saker blir svåra	6
Att bli en börda	7
Bli beroende av andra	7
Inte belasta närstående med oro	7
Att leva i ovisshet	8
När kommer sjukdomen att förvärras?	8
Tankar kring döden	8
Att leva livet trots sjukdom	9
Upprätthålla relationer	9
Att få bekräftelse	9
Planera sin egen tillvaro	10
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	11
Betydelse för vårdandet	13
SLUTSATS	14
Bilaga 1	17

INLEDNING

Hjärtsvikt är en sjukdom som vi har kommit i kontakt med både inom privatliv och arbetsliv. Det är en sjukdom som påverkar hela livssituationen och ställer patient och anhöriga inför svåra prövningar. Som sjuksköterskor kommer vi inom vår yrkesprofession att möta patienter med kronisk hjärtsvikt då denna patientgrupp finns representerad inom alla typer av vård. Under den verksamhetsförlagda utbildningen har vi mött flera patienter med diagnostiserad kronisk hjärtsvikt och sett hur vården i stor utsträckning inriktas på den medicinska behandlingen medan man lätt glömmer bort patientens förändrade livssituation. Framförallt i vården av äldre patienter upplever vi att det inte finns lika stor förståelse för att patienten har fått sitt liv förändrat på grund av sjukdomen. Patientens situation ses mer som en del av ett naturligt åldrande. Med detta arbete vill vi belysa den äldre patientens upplevelse av att leva med hjärtsvikt för att vi som sjuksköterskor ska kunna anpassa vården utifrån varje enskild patient.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är oftast ett kroniskt tillstånd som kan förklaras med att hjärtats förmåga att pumpa blod är nedsatt i olika grad. I 75 % av fallen uppkommer hjärtsvikt till följd av ischemisk hjärtsjukdom (syrebrist i hjärtmuskulaturen) och hypertoni (högt blodtryck) (Grefberg & Johansson, 2003). I Sverige uppskattas 2-3% av befolkningen ha symtomgivande hjärtsvikt vilket motsvarar 180 000 – 300 000 personer. Samtidigt har ungefär lika stor del av befolkningen hjärtsvikt utan att ha några symtom (Schenck-Gustafsson, Kanter & Mårtensson, 2005). Ca 30 000 personer insjuknar varje år i symtomgivande hjärtsvikt och män drabbas i genomsnitt 10 år tidigare än kvinnor (Socialstyrelsen, 2004). Risken att drabbas av hjärtsvikt stiger väsentligt i takt med stigande ålder och med nutida farmakologisk behandling beräknas hälften av patienterna leva sex år efter att de blivit diagnostiserade (Schenck-Gustafsson et al., 2005). Hjärtsvikt leder till att cirkulationssystemet i kroppen påverkas. För att upprätthålla syretillförseln till organen aktiveras kompensationsmekanismer. Dessa hjälper till för stunden men höjer samtidigt belastningen på hjärtat genom att öka vätskeretentionen och tvinga hjärtat arbeta hårdare med ökad hjärtfrekvens och slagkraft. Patienten kommer in i en ond cirkel vilket leder till att symtomen förvärras med tiden (Grefberg & Johansson, 2003).

Symtom

De vanligaste symtomen är trötthet och andfåddhet vilka förekommer hos ca 85 % av patienterna (Zambroski, Moser, Bhat & Ziegler, 2005). Symtomen kan variera beroende på om det är höger och/eller vänster kammare som sviktat. Vid högerkammarsvikt är följden ett ökat venttryck bakåt från hjärtat med stasade halsvener, hepatomegali (leversvullnad), ascites (bukvätska), perifera ödem (svullna anklar) och pleuravätska (vätska i lungsäcken) vilka kan leda till försämrad aptit, illamående och viktuppgång.

Vänsterkammarsvikt ger ett ökat venttryck i lungorna med lungrassel, takypné (andfåddhet) och torrhosta som följd. Vänsterkammarsvikt leder med tiden även till en högerkammarsvikt (Strömberg, 2005). Av de övriga symtomen har 30 % av patienterna försämrad aptit och 40 % är illamående. Ungefär lika många ökar i vikt som minskar i vikt. Hälften av patienterna är mer lättirriterade och har någon form av kognitiv påverkan med koncentrationsstörningar och yrsel. Förutom själva tröttheten har 64 % av patienterna någon form av sömnproblem och 58 % får svårt att andas i liggande ställning (Zambroski et al., 2005).

Diagnos och behandling

Hjärtsvikt är ett syndrom som består av olika symtom vilka är beskriva ovan. Vanligast är trötthet och andfåddhet vilka även kan vara symtom på andra sjukdomar. Därför måste diagnosen hjärtsvikt säkerställas och misstanke om andra sjukdomar avskrivs. Det görs genom basala undersökningar utifrån anamnes, status (allmäntillstånd, blodtryck, puls, andningsfrekvens samt lungauskultation (lyssnar på lungorna)) längd, vikt, blodprover, EKG, UCG (ultraljudsundersökning av hjärtat) och röntgen av lungor. En utvidgad utredning kan göras med hjälp av ytterligare blod- och urinprover, spirometri (mäta lungkapacitet), arbets-EKG, LTER (långtidsregistrering av EKG). Undersökningarna görs även för att utreda grundorsaken till hjärtsvikten. Utifrån resultaten av dessa undersökningar och provsvar kan patienten klassificeras enligt New York Heart Association (NYHA):

- I. Hjärt sjukdom utan symtom.
- II. Lätt hjärtsvikt, vid uttalad grad av fysisk aktivitet blir patienten trött och andfådd.
- III. Medelsvår hjärtsvikt, vid lätt till måttlig fysisk aktivitet blir patienten trött och andfådd. Denna klass delas i två delar. IIIA utgör lindrigare fall och IIIB något svårare fall.
- IV. Svår hjärtsvikt, patienten är trött och andfådd även i vila. Minsta aktivitet ökar symtomen och patienten är ofta beroende av vila större delen av dygnet.

Behandlingen av hjärtsvikt syftar till att åtgärda grundorsaken, behandla symtom samt förebygga fortsatt sviktutveckling. Målet är att öka livskvaliteten och förlänga överlevnaden. Icke-farmakologisk behandling innebär bland annat anpassad fysisk aktivitet för att minska övervikt, förbättra reglering av eventuell diabetes och sänka blodtrycket (Grefberg & Johansson, 2003). Rökning påverkar hjärtarbetet så rökstopp är självklart för att förhindra försämring. Alkohol kan ha en negativ effekt på hjärtmuskelnns sammandragningskraft, men alkohol i måttliga mängder ska inte ha någon skadlig effekt (Socialstyrelsen, 2004). Vätske- och saltrestriktioner ges för att minska ansamling av vätska i kroppen. Den farmakologiska behandlingen är individuell anpassad utifrån olika kombinationer av läkemedelsgrupper som ACE-hämmare, betablockerare, diuretika (vätskedrivande) och antikoagulantia (blodförtunnande) beroende på grundorsaken till hjärtsvikten (Grefberg & Johansson, 2003).

Naturligt åldrande

Att åldras innebär en successivt försämrad anpassningsförmåga och en tilltagande risk för sjukdom och död. Celler och organ blir mindre effektiva. Processen är begränsad

fram till 40-årsåldern men ökar därefter i olika utsträckning hos olika individer. Efter 60 års ålder brukar åldrandet bli tydligt i alla organsystem, men funktionen kan upprätthållas, bland annat beroende på ärftlighet, till över 100 års ålder. Tydligast är ålderprocessen i reproduktionsapparaten där aktiviteten i äggstockar och testiklar avtar. Skelettet blir porösare och muskulaturen ersätts successivt med fettvävnad. I ögonen blir linsen mer styv och får svårare att ändra form och innerörat tappar förmågan att uppfatta höga toner. I nervsystemet minskar antalet nervceller. Nervceller till vakenhetsfunktioner och känsloliv påverkas tidigt vilket kan förklara den försämrade anpassningsförmågan. Motoriken blir långsammare och de flesta upplever en lätt försämring av minnet (Nationalencyklopedin, 2007).

Att vara människa när hjärtat sviktar

Patient är ett begrepp som ursprungligen kommer från uttrycket den lidande. Begreppet omfattar alla människor som har någon kontakt med vårdssystemet. Patienten är den främste experten på sig själv och sin livssituation (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Stull, Starling, Haas & Young (1999) skriver om processen att vara en patient med hjärtsvikt. Att det påverkar människans identitet, sociala roller och synen på framtiden. Identitet kan kopplas ihop med begreppet subjektiv kropp som skildras av filosofen Merleau-Ponty i Wiklund (2003). Genom sinnen upplever människan världen och skapar sin bild av den. Kroppen blir en del av identiteten. Vid sjukdom förändras kroppen och med detta människans tillgång till världen. En förändrad kropp kan leda till en identitetskris där människan inte längre känner igen sig själv. Stull m.fl. (1999) skriver också om att människan upplever livet annorlunda när hon drabbas av kronisk hjärtsvikt och om att söka meningen med livet i den nya situationen. Människans livsvärld förändras på olika sätt. Enligt Dahlberg, et al. (2003) är livsvärld ett fenomenologiskt begrepp som kan förklaras som verkligheten varje människa upplever genom den levda kroppen. Känslor, tankar och värderingar kommer till uttryck i livsvärlden där människans dagliga tillvaro är och vi söker meningen med livet. Livsvärlden utgör helheten av människans själ och världen runt omkring. Målet för vården är att skapa förutsättningar för patienten att uppleva ett välbefinnande. Känslan av välbefinnande är en subjektiv upplevelse och uttrycks på olika sätt hos varje enskild individ.

PROBLEMFÖRMULERING

Som sjuksköterskor kommer vi att möta många patienter med diagnosen kronisk hjärtsvikt, en sjukdom som för med sig en successiv kroppslig funktionsnedsättning. De vanligaste symtomen, som trötthet och andningsbesvär, ställer patienten inför en stor utmaning varje dag, såväl fysiskt som psykiskt vilket gör att patientens livsvärld förändras. Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi sett hur vårdarbetet fokuserar mycket på medicinsk behandling hos äldre män och kvinnor med kronisk hjärtsvikt. I mötet med dessa patienter är det en förutsättning för sjuksköterskan att ha kunskap om de problem och förändringar som patienten upplever. Kunskapen ökar

förståelsen för varje enskild patients svårigheter att leva det dagliga livet. Ökad förståelse skapar förutsättningar för ett professionellt bemötande och en god vård.

SYFTE

Syftet är att beskriva äldre patienters upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt.

METOD

Då syftet är att beskriva patientens upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt används artiklar med en kvalitativ ansats och med patientperspektiv som utgångspunkt. I analysarbetet används en beskrivande metod. Då är det patientens upplevelse som kommer fram och inte en tolkning av patientens upplevelse.

Datainsamling

Metoden grundar sig på en litteraturstudie efter Fribergs (2006) modell att bidra till evidensbaserad omvårdnad genom analys av kvalitativ forskning där vi har analyserat kvalitativa artiklar. Litteratursökningen gjordes i databaserna Academic Search Elite, Cinahl, Medline och Pubmed. Vi använde oss av tesaurustermerna *congestive heart failure, aged, aged 80 and over, daily activity* och *quality of life*. I abstrakt sökte vi med orden *psychosocial factors, suffer, patient, statement, narrative, perception, experience* och *life*. Sökorden har kombinerats på olika sätt med avgränsningen peer-review. Flest artiklar hittades i Academic Search Elite och Cinahl. I PubMed fick vi inte fram någon användbar artikel. Sammanlagt gav sökningen i databaserna ett stort utbud av artiklar och av dessa valdes först 21 artiklar ut. Dessa inkluderades för att de handlar om upplevelser, patienter och hjärtsvikt. Efter granskningen av dessa artiklar exkluderades ett antal då de inte beskriver patientens upplevelse utan har ett sjuksköterske- eller anhörigperspektiv. Vissa är också mer medicinskt inriktade eller skildrar en yngre åldersgrupp. Slutligen hade vi sju artiklar kvar vilka har ett patientperspektiv, en fenomenologisk eller fenomenologisk-hermeneutisk ansats det vill säga att de beskriver patientens upplevelse. Intervjupersonerna är klassificerade enligt NYHA grad II-IV (med undantag av en artikel) och medelåldern låg över 65 år (se bilaga 1).

Dataanalys

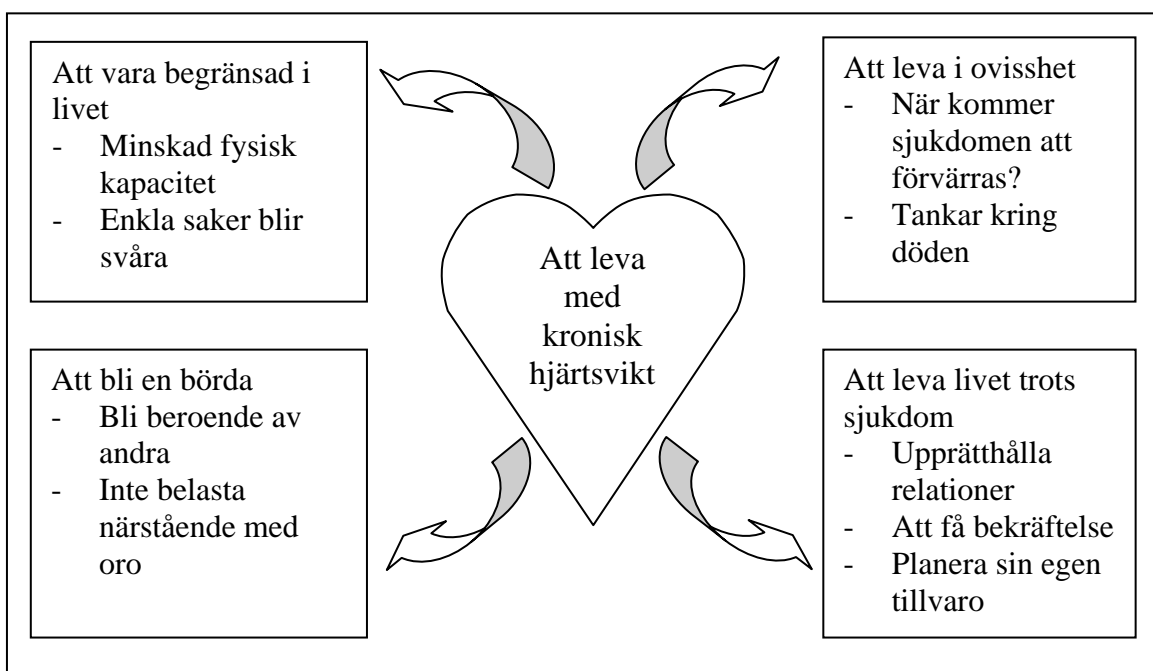
Analys av data är gjort utifrån en innehållsanalys enligt Evans (2002-2003). I första steget ska litteraturen läsas igenom flera gånger med fokus på resultaten. Att vara öppen och följsam i sättet att läsa ger en känsla av vad studierna handlar om i sin helhet. I varje studies resultat plockas nyckelord ut som är det väsentligaste, i relation till det egna syftet. För att sedan få en översikt över vad som ska analyseras görs en schematisk sammanställning av varje studies resultat. Andra steget går ut på att hitta likheter och skillnader mellan studierna. Likheter förs samman i nya övergripande teman och

subteman. Här är det åter viktigt att fokusera på den egna studiens syfte för att hålla sig till ämnet. Sista steget går ut på att formulera det egna resultatet på ett tydligt sätt. Texten bör vara fri från syftningsfel, motsägelser och upprepningar.

Vi började med att läsa de sju artiklarna ett antal gånger för att få ett helhetsperspektiv. I varje artikels resultat identifierades nyckelord som kunde associeras till vårt syfte. Resultaten jämfördes för att hitta likheter och skillnader. Därefter började den tidskrävande processen med att analysera materialet och att sammanställa nyckelorden i teman och underteman vilka bildade denna studies resultat.

RESULTAT

Resultatet bygger på intervjuer med 64 män och 29 kvinnor i åldrarna 46-94 år. Den äldre patientens upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt kan beskrivas som en vardag där trötthet och orkeslöshet dominerar. Det finns en oro för att bli en börda för andra och en rädsla över att inte veta hur sjukdomen kommer att förvärras. Patienten strävar också efter att återfå kontrollen över sitt liv genom att få känna tillhörighet, trygghet och få fatta egna beslut. Resultatet presenteras i fyra huvudteman: Att inte orka, att bli en börda, att inte veta och att få kontroll. Under varje tema finns subteman (figur 1).



Figur 1. Teman och underteman som visar upplevelsen av att leva med kronisk hjärtsvikt.

Att vara begränsad i livet

Hjärtsviktspatienten upplever ett begränsat liv där fritidsaktiviteter och dagliga vanor blir mer krävande än tidigare. Att få känna mening med tillvaron och lyckas göra en del saker själv blir värdefullt för patienten. Upplevelsen av att vara begränsad i livet beskrivs i två subteman: Minskad fysisk kapacitet och enkla saker blir svåra.

Minskad fysisk kapacitet

Patientens behov av att finnas till och vara effektiv för sig själv och andra påverkas negativt av trötthet och andnöd, symtom som flera patienter upplever. Den orkeslöshet som sjukdomen leder till är det som patienten visar mest sorg över (Ekman, Ehnfors & Norberg, 2000; Rhodes & Bowles, 2002). Tröttheten begränsar patientens fysiska kapacitet, att vilja leva som förut men inte orka. För många patienter medför energilösheten att de får ge upp eller minska på fritidsaktiviteter/intressen som har stor betydelse för deras välbefinnande. En 81-årig man uttrycker sina känslor över att inte längre orka promenera: *"It's me life and sole love. I can't say no more. That's how important it is."* (Horne & Payne, 2004, s. 292).

I Bosworth, Steinhauser, Orr, Lindquist, Grambow & Oddone (2004) och Ekman, et al. (2000) framkommer att patienten känner sig rastlös och uttråkad för att tvingas ta det lugnt. För att få en mer meningsfull tillvaro är det viktigt att få känna sig värdefull och användbar även om det sker efter patientens egen kapacitet. En man beskriver känslan av få vara till nytta även om det han klarar av är begränsat:

"From time to time I'll get somebody calling me and asking, 'can you help me out?' I'll pay a consulting fee, you set your own hours, I'll provide transportation, I'll do anything to make you comfortable. And I want to do it, not for the money, just to do it." (Bosworth, et al., 2004, s. 87)

Enkla saker blir svåra

Ekman, et al. (2000) och Horne & Payne (2004) skriver om hur trötthet och andnöd inverkar på dagliga aktiviteter. Att inte orka klä sig på morgonen, sköta sin hygien, handla och laga mat åt sig själv innebär en förlust av livet och glädjen som patienten en gång känt. Saker som tidigare varit en självklar del av vardagen blir nu ett hinder att komma över varje dag. Patienter kan få en känsla av att vara instängd i sitt hem. En 60-årig man uttrycker hur han känner sig fångad av sin sjukdom: *"I think the only way to describe my days, day by day, is just getting up sitting here and looking at that fish tank."* (Horne & Payne, 2004, s.292).

I Rhodes & Bowles (2002) studie har en del patienter en annan syn på orkeslösheten. Att saker och ting inte blir gjorda eller tar längre tid att utföra ses som en naturlig del av åldrandet och ingenting att lägga vikt på: *"That's life. There comes a time when you have to slow down, whether you want to or not."* (Rhodes & Bowles, 2002, s.445).

Att bli en börda

Patienten med hjärtsvikt upplever en oro och rädsla för att bli en börda både fysiskt och psykiskt. Familjen kan bli en källa till skuld känslor men kan samtidigt vara ett stöd till patienten. Upplevelsen av att bli en börda beskrivs i två subteman: Bli beroende av andra och inte belasta närstående med oro.

Bli beroende av andra

Det finns en stor oro och rädsla inför att bli en börda. Att bli beroende av andras hjälp ger ofta patienten en känsla av att vara värdelös. Att inte klara av saker själv kan göra att patienten förlorar meningen med livet. Patienterna är rädda för att bli beroende av både familj och/eller hemtjänst. En del patienter upplever en kamp för att behålla sin självständighet och slippa bli beroende av andra (Bosworth, et al. (2004); Ekman, et al., 2000; Rhodes & Bowles, 2002). En 81-årig man uttrycker hur han upplever sig själv som en börda:

” It (illness) knocks the hell out of me. Cos I’m sat in this chair like a dummy. I get up to mend me fire, I have it in buckets...so I avenge ’t got to go. They (family) get it in buckets and I just throw it on fire and I sit back here. So it’s forced to be a burden in ’t it. I’m a burden to me self love.” (Horne & Payne, 2004, s. 293)

Inte belasta närstående med oro

Det finns också en frustration över att skapa oro hos sina närstående. Det händer att patienterna ignorerar symtom eller ljuger om dessa för att inte belasta andra. Många undviker även att prata om sina känslor och tankar kring sjukdomen och den överhängande rädslan för döden (Bosworth, et al., 2004; Horne & Payne, 2004).

”My chest will act like it’s getting tight. I will sit up and she [wife] will run right cross the room, and say, ’Is that chest bothering you, are you getting tightness in your chest.’ Or maybe I’ll step out on the deck and get a breath of fresh air and she swears I might be having a heart attack. And I tell her, ’There is nothing wrong, I’ll be all right in a minute.” (Bosworth, et al., 2004, s. 86)

En man upplever att han inte längre är den make hans fru en gång gifte sig med. Han känner skuld känslor för att livet och deras framtidsutsikt har förändrats på grund av sjukdomen (Ekman, et al., 2000). Barnen kan också innebära en källa till oro och skuld känslor. Patienterna oroar sig över att barnen ska känna sig tvungna att hälsa på sina föräldrar:

”My son has a habit of coming to me one evening each week. He comes right after work. They used to come on Sundays, too, but I told them they didn’t have to. It must be hard to always have to visit your mother on Sundays. It shouldn’t be necessary. So I tell them they don’t have to come every Sunday.” (Ekman, Skott & Norberg, 2001, s. 61).

Flera patienter talar om hur barn och barnbarn kan vara ett stöd i vardagen. De hjälper även till att minska på den stress som sjukdomen för med sig. (Bosworth, et al., 2004). En kvinna uttrycker hur hon upplever välbefinnande i att passa sitt barnbarn: *"She dosen't know her cholesterol, she dosen't know her blood pressure, she's not living on a fixed income, she's a pleasure to be with!"* (Rhodes & Bowles, 2002, s. 446).

Att leva i ovisshet

Hjärtsvikt upplevs som en oberäknelig sjukdom. Symtomen kan plötsligt förvärras vilket lämnar patienten i en känsla av ovisshet. Döden blir mer närvarande och det framkommer en vilja om att slippa lida. Upplevelsen av att leva i ovisshet beskrivs i två subteman: När kommer sjukdomen att förvärras? och tankar kring döden.

När kommer sjukdomen att förvärras?

Patienterna vet inte när och hur sjukdomen kommer att förvärras vilket ger upphov till rädsla och oro. Ovissheten gör att patienterna till exempel inte ger sig ut på längre promenader eller ägnar sig åt intressen som att ge sig ut i skogen och jaga. Oron för att plötsligt ramla ihop och inte kunna ringa efter hjälp är större än viljan att ägna sig åt sina intressen. Det finns en ängslan för hur symtomen ska kunna hanteras även i framtiden (Bosworth, et al., 2004). I Willems, Hak, Visser & Van der Wal (2004) berättar några patienter att de inte tänker på sjukdomen dagligen, men när sjukdomen kommer in i ett skov och de tvingas till sjukhusvård blir framtiden mer hotad och döden mer närvarande:

" Yes, I do think about it the moment I have a new problem, when I end up in hospital again with all those machines around me. Then I think: 'I hope I get better quickly', but also: 'If I die now, then this needs to be done and that, and I have so many plans'. The thought crosses your mind, but to say that I am preoccupied with it... No, I put it aside."(Willems, et al., 2004, s. 567)

Tankar kring döden

Hjärtsvikt upplevs som en oberäknelig sjukdom och det finns en rädsla i att inte veta när eller hur döden kommer att bli (Bosworth, et al., 2004; Willems, et al., 2004). Flera patienter uppger att de tänker på döden, men den största oron ligger i själva dödsprocessen (Horne & Payne, 2004). Patienterna berättar om döden som något obehagligt och skrämmande. Det finns en önskan om en snabb död utan lidande (Willems, et al., 2004; Ekman, et al., 2000). I Willems, et al. (2004) berättar en 68-årig man att han statistiskt sett redan borde vara död. Han har också drömt om sin egen död:

"...one starts living with one's death in a more conscious way. I have had it about twice now, in a nightmare for example, that one suddenly sees one's death. In the evening during a walk along the beach, extremely beautiful, gorgeous, and then, in the middle of the most beautiful thoughts, all of a sudden, the fear of death. And we walked the last part in the dark through the dunes with my wife, and a lot happened."

That is very strange. It comes out of the blue, and you feel: yes, this is it. It is a fear that I can cope with but sometimes I would like to escape from it." (Willems, et al., 2005, s. 567)

Hos andra patienter finns en inställning till döden som något naturligt efter ett långt liv. De upplever att livet har varit bra och innehållsrikt och att de nu är redo för döden. (Ekman, et al., 2000). En 70-årig kvinna uppger att hon inte känner någon oro inför döden och menar att det är en del av livet (Willems, et al., 2005).

Att leva livet trots sjukdom

För att få ett meningsfullt liv trots kronisk sjukdom arbetar patienten med hjärtsvikt på att bygga färre men djupare relationer. Det blir viktigt att få bekräftat sig själv och få förståelse för sin sjukdom. Att leva livet handlar också om att få möjlighet att kunna göra egna val. Upplevelsen av leva livet trots sjukdom beskrivs i tre subteman: Upprätthålla relationer, att få bekräftelse och planera sin egen tillvaro.

Upprätthålla relationer

I studien av Rhodes & Bowles (2002) berättar patienterna att de nu har färre men djupare relationer. Istället för att besöka sina bekanta använder de sig av andra kommunikationsformer som brev, e-mail och telefon. En kvinna upplever att hennes förhållningssätt till andra människor har förändrats, att hon nu har mer tålamod. I Ekman, et al. (2000) upplever patienterna en trygghet i relationen till de personer de känner tilltro till: *"My home caregiver is wonderful. I really trust her, she takes care of my home and me. I tell her everything..."* (Ekman, et al., 2000, s. 133). Samtidigt framkommer en misstro till andra människor och patienterna uttrycker att de noga väljer vilka de kan lita på, både i sociala sammanhang och inom vården: *"They seem to think [referring to caregivers], 'Let's try out some medicines on the old men and women'..."* (Ekman, et al., 2000, s. 132).

Att få bekräftelse

Många patienter upplever det värdefullt att få känna tillhörighet. Att känna gemenskap vid till exempel en måltid ger glädje och välbefinnande för en del patienter (Jacobsson, Pihl, Mårtensson & Fridlund, 2004). Det är avstressande och höjer livskvaliteten att få prata med andra patienter med hjärtsviktsdiagnos och få bekräftat att fler upplever ungefär samma problem (Bosworth, et al., 2004). Att tillhöra en grupp kan också vara pressande. Familj och vänner kan ibland ha svårt att förstå allvaret med sjukdomen och ifrågasätter patientens symtom Att inte få förståelse gör att relationen känns påfrestande (Bosworth, et al., 2004; Rhodes & Bowles, 2002):

"I just had a heart attack and everybody says, 'you look great, you're young, you'll bounce back, don't worry about it.' And then four heart attacks and two or three surgeries later, I'm not bouncing back. People, especially family and close friends, do not understand what you are going through." (Bosworth, et al., 2004, s. 88).

Religionen är ett viktigt stöd för flera patienter. Många har också stärkt sin tro till Gud och försöker leva gott genom att hjälpa andra. Relationen till Gud ger en mening med livet och en känsla av trygghet att få vara i Guds hand och känna tillhörighet (Bosworth, et al., 2004; Rhodes & Bowles, 2002).

”My family doctor back home told me every time he would see me you are not suppose to be here. He would ask, ‘how you hanging on?’ I said by the help of the good Lord.” (Bosworth, et al., 2004, s. 88).

Planera sin egen tillvaro

Att leva med hjärtsvikt innebär för många patienter att behöva anpassa och organisera aktiviteter efter sin egen förmåga (Ekman, et al., 2000). Patienterna skildrar möjligheten att acceptera och lära sig leva med symtomen från hjärtsvikten genom att ändra sin syn på livet och ta till vara på det friska. Att göra ett aktivt val att vara positiv inställd till livet gör vardagen enklare och meningsfull. Patienterna tar hjälp av sin mentala styrka för att hitta nya sätt att utföra saker (Bosworth, et al., 2004; Rhodes & Bowles, 2002). Trötthet och andnöd kan lindras genom att vila oftare (Ekman, et al., 2000). En man med NYHA grad IV berättar hur han ställer ut stolar med jämna mellanrum i trädgården för att orka bära ut soporna. Stolarna ger honom möjlighet att vila och samtidigt fullfölja sina hushållsbestyr vilket är betydelsefullt för honom (Bosworth, et al., 2004).

När sjukdomen har påverkat kroppen i den grad att patienten blir beroende av hjälp uppstår ibland en känsla av att vara ett objekt utan kontroll över sin egen kropp och tillvaro (Ekman, et al., 2001). Att även här göra ett aktivt val ger patienten möjlighet att behålla kontrollen över sitt liv och få en känsla av tillfredsställelse. En kvinna berättar att hon bestämt sig för att flytta till ett äldreboende. Genom att själv få fatta det beslutet bevarar hon sin självständighet och kontroll över sitt eget liv (Rhodes & Bowles, 2002).

I Rhodes & Bowles (2002) studie berättar några patienter att de förändrat synen på sina möjligheter att klara vardagen. De har lärt sig att planera på ett annorlunda sätt och accepterat att de oftare måste ta hjälp av andra. Vissa aktiviteter får anpassas efter patientens kapacitet eller bytas ut mot en mindre krävande syssla som ändå uppskattas av patienten:

”I cannot do a lot of the things that I used to do, but I try and find something to substitute it, not physical, but something to keep me mentally alert. I don’t dwell. I try to find some other alternative like reading or talking to somebody about something completely unrelated” (Bosworth, et al., 2004, s. 87).

Det finns en tacksamhet hos många patienter för de möjligheter man trots sjukdomen har kvar. Det kan handla om att ta det lugnt och sova hur mycket man vill. Läs en god bok eller bara sitta och filosofera över livet. Det ger en känsla av välbefinnande (Ekman, et al., 2000). Tacksamheten hos patienten visar sig även i samband med måltider. Många patienter har kvar en längtan till mat även om de har svårigheter med att äta. En patient berättar att det enda som smakar bra är frukosten och att hon uppskattar den måltiden även om hon inte får i sig något mer under dagen. Att kunna

planera dagen genom att ha möjlighet att välja tidpunkt för måltiden och vilken maträtt som ska serveras ger ett ökat välbefinnande (Jacobsson, et al., 2004). En 86-årig kvinna berättar: *"Sometimes I can decide what to have for dinner and on these occasions it is easier to eat."*(Jacobsson, et al., 2004, s. 518)

DISKUSSION

Patientens upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt kan beskrivas som en ständig kamp mot trötthet och orkeslöshet. Att vara begränsad och behöva hjälp ger en oro och rädsla för att upplevas som en börda. Tankarna kretsar kring framtiden och döden. Patienten försöker hantera livet genom att bygga djupa förtroendefulla relationer och göra egna val.

Metoddiskussion

Vårt syfte var att beskriva äldre patienters upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt. I början hade vi funderingar på att analysera självbiografier för att få fram patientens egen upplevelse utan att någon skrivit om eller tolkat deras berättelse. Den första litteratursökningen gav dock många kvalitativa artiklar som berörde vårt problemområde. Därför valde vi att lyfta fram den forskning som finns istället för att skapa nytt genom att använda självbiografier. Evans (2002-2003) innehållsanalys som innebär att stegvis analysera kvalitativ forskning gick bra att arbeta efter. Vi hade den som grund och gjorde en del egna idéer som tankekartor där vi sammanfattade vilka artiklar som skrev vad om ett visst ämne. Det var en mycket bra metod som gav en överblick om vilka ämnen som återkom flera gånger och vilka som förekom mer sällan.

I vår litteratursökning fick vi fram ett antal vårdvetenskapliga artiklar som skildrade patienternas upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt. En del artiklar valdes bort då medelåldern på intervjupersonerna var för låg eller för att vi tvekade på om det verkligen var patientens upplevelse som beskrevs. Andra artiklar valdes bort för att de var medicinskt inriktade. Vi har använt citat från alla sju artiklarna som skildrar patientens upplevelse på ett unikt sätt vilket styrker resultatet. De är citerade på engelska för att undvika tolkning i översättningen till svenska.

Analysarbetet tog lång tid. Varje steg i processen var krävande på sitt sätt. Vi fick flera gånger stanna upp och tänka på vad patienten egentligen menar och vad som faktiskt står i texten. Ibland kom vi på oss själva med att tolka texten istället för att beskriva den. Även i sammanställningen av teman fick vi tänka om och ifrågasätta vad det i själva verket är vi skriver och om det stämmer överens med temat.

Resultatdiskussion

Hjärtat är för många människor en symbol för själva livet. Det är en källa till allt vad livet innebär i form av kärlek, relationer, känslor och aktiviteter något som den friska

människan ofta tar för givet. Vårt resultat visar att om man drabbas av kronisk hjärtsvikt så blir följderna av detta så mycket mer än bara en sjukdom i hjärtat.

I resultatet framkommer det att patienterna känner av symtom som trötthet och andfåddhet från sin hjärtsvikt. Under vår verksamhetsföreläsning är det dessa symtom vi sett hos patienten och som vårdpersonal ofta ser som ett problem. Symtom som i många fall går att lindra genom medicinsk behandling. Vi har fått fram en bild där patienterna beskriver tröttheten och andnöden i en orkeslöshet. De har viljan att göra saker men kraften finns inte. Orkeslösheten leder då till en begränsning i livet. De tvingas i många fall sluta med sina favoritintressen för de orkar inte. Horne & Payne (2004) skriver om en man som nu inte orkar ta långa promenader längre. Att gå ut och gå har varit det som betytt något för honom och att då orkeslösheten gör att han inte längre har kraft till sina promenader blir frustrerande för honom. Att inte få bestämma själv hur dagen ska fördrivas är lika frustrerande för en frisk person och att då tvingas anpassa sig på grund av en kronisk sjukdom som aldrig kommer att gå över utan finnas hos individen resten av livet måste vara mycket deprimerande. Den subjektiva kroppen förändras vilket gör att människan inte känner igen sig själv längre (Dahlberg, et al., 2003). Förutsättningarna för att leva som tidigare minskar och det ger en livsvärldsförändring där meningen med livet kan ifrågasättas.

Hjärtsviktspatienten blir begränsad både till kropp och själ. Öhman, Söderberg & Lundman (2003) skriver om patienter med allvarlig kronisk sjukdom och hur de känner sig begränsade av sin kropp. Patienterna vill men kan inte och blir beroende av andra. Det är något som vi ser även i vårt resultat. Patienterna har vilja att göra saker men kroppen hindrar dem. Att bli beroende av andra och inte klara saker som tidigare varit självklart att göra själv blir mycket frustrerande. I praktiken har vi sett hur frustrationen kan yttra sig i en form av aggression. Patienten blir arg och irriterad när någon försöker hjälpa till. Att få hjälp är egentligen inte det som patienten blir arg över utan det är frustrationen över att inte kunna göra det själv som irriterar patienten.

Oron och rädslan hos patienterna är det som ofta återkommer i vårt resultat. Patienterna är oroliga för familjen, framtiden och döden. De är oroliga för att bli en börda och att skapa oro hos andra. Vi har i resultatet sett hur oron kan visa sig på olika sätt hos patienterna. Vissa blir rastlösa och får svårt att sova vilket i sin tur försämrar symtomen och leder till mer oro. En del patienter ställer mycket frågor medan andra blir tysta och håller sin oro inom sig. I resultatet berättar en del patienter att de är oroliga för att skapa oro hos sina anhöriga vilket i en del fall betyder att de döljer sina känslor. Patientens strävan att minska oron hos anhöriga kan få en motsatt effekt. Detta ökar skuld känslan vilket genererar mer oro och rädsla som gör att patienten hamnar i en ond cirkel som är svår att bryta.

En del patienter pratade också om skuld känslor i relation till barn och barnbarn. Patienterna tror ofta att de anhöriga känner sig tvingade till att besöka och hjälpa dem. Patienterna har i hela sitt liv varit en tillgång för barnen och nu har rollerna blivit ombytta på grund av en sjukdom. Att inte orka lika mycket och bli beroende av andra kan vi se som en del i det naturliga åldrandet. Många äldre människor blir successivt mer beroende av stöd och väljer kanske ofta själva att ta emot den hjälp som finns

tillgänglig. Drabbas människan av kronisk hjärtsvikt sker åldrandet fortare och hjälpen blir mer påtvingad.

Som vi har beskrivit flera gånger i resultatet tvingas hjärtsviktpatienten ofta leva med oro och rädsla. Att något så centralt och betydelsefullt som hjärtat blir drabbat av sjukdom leder onekligen till tankar om döden. Att veta om att hjärtmuskulaturen är sjukligt kraftlös samt att man aldrig kommer att få tillbaka orken som man en gång hade gör döden mer närvarande. Patienten vet inte hur sjukdomen kommer att utvecklas eller när symtomen blir så krävande att de inte orkar mer (Bosworth, et al., 2004). Ovisshet är något som är oerhört belastande för de flesta människor framför allt i sjukdomssammanhang. Känslan av att inte veta ger en otrygghet då framtiden är hotad.

Bosworth, et al. (2004) och Ekman, et al. (2000) beskriver vikten av att få känna sig värdefull för att få en meningsfull tillvaro. Det framkommer i vårt resultat att patienterna ofta försöker hitta andra värderingar och tillvägagångssätt för att skapa en mening i sina liv. Genom att hitta nya vägar ökar människans tillgång till världen. Själens och kroppen hittar tillbaka till varandra och människan kan åter uppleva en helhet i sin livsvärld (Dahlberg, et al., 2003). Att få känna sig värdefulla utvecklar en ökad trygghet och förbättrar välbefinnandet. I vården ser vi en del patienter som tycks ha accepterat sin sjukdom och känner sig tillfreds med situationen. De tar livet utifrån sina förutsättningar. Samtidigt tror vi att det finns patienter som upplever motsatsen. De har inte hittat sin identitet i den förändrade kroppen och känner inte igen sig själva. Därmed är deras tillgång till världen förändrad och patienterna kämpar med att hitta sin plats i tillvaron.

Under arbetet med uppsatsen har det dykt upp en del frågor. I resultatet skrev vi om betydelsen av att få känna tillhörighet och få dela erfarenheter i samtalsgrupper, men vilken betydelse har egentligen samtalsgrupper för patienterna? Upplevelserna av sjukdomen kopplas också samman med naturligt åldrande, men hur upplevs åldrandet hos den friska människan? En stor del av upplevelsen av att leva med kronisk hjärtsvikt är en ständig oro och rädsla. Vi tycker att det behövs mer forskning kring hur sjuksköterskan ytterligare kan minska patienternas oro och rädsla. Detta är spontana frågor som dykt upp under uppsatsarbetet så vi har inte gjort någon litteratursökning inom dessa områden.

Betydelse för vårdandet

Varje patient är unik och det går inte att generalisera hur sjuksköterskan ska hjälpa en hjärtsviktpatient. Det primära för att kunna hjälpa patienten är att bygga upp en relation i vilken patienten kan känna trygghet och förtroende till sjuksköterskan. I relationen lär sjuksköterskan känna patienten och kan tillgodose hennes behov. Ekman, et al., (2000) skriver om just den här tilltron till vårdpersonal. Att patienten upplever ett stöd i relationen med de människor hon törs lita på.

Många patienter upplever en ständig oro över sjukdomen i sig och skuldkänslor över att bli en börda för andra. Patienterna ska aldrig behöva känna skuld. De har drabbats av en sjukdom och det är inte deras fel att hjärtat sviktar och att de inte orkar lika mycket som

förr. Som sjuksköterska gäller det att stötta patienten och lyfta bort eventuella skuld känslor. Att finnas till och tillåta patienten dela med sig av sin oro kan minska en del av den påfrestningen som skuld känslorna innebär. Sjuksköterskan är till för patienten och det är viktigt att tydligt visa det så att inte känslan av att vara en börda förstärks.

Sjuksköterskan bör försöka hjälpa patienten att få en positiv syn på situationen. Att lära sig planera tillvaron och se möjligheterna med att få det stöd som patienten eventuellt behöver. Sjuksköterskan kan ge patienten tips på olika sätt att anpassa sin vardag. Till exempel att med ett positivt förhållningssätt få patientens fokus på vad den klarar av att utföra. Uppmuntran, beröm och stöd vid svårigheter förbättrar möjligheten till att skapa ett annorlunda perspektiv på tillvaron och det dagliga livet. Visa på olika hjälpmedel som kan förenkla det dagliga livet och demonstrera dem för patienten.

Som vi diskuterat ovan tar oron och rädslan olika uttryck hos varje patient. För sjuksköterskan är det oftast enklare att bygga upp en relation med patienten som frågar mycket och är öppen med sina tankar. Vi menar att de som mår sämst i många fall är den tysta patienten som troligen håller alla sina tankar och känslor inom sig. Det är oerhört viktigt att vara vaksam på dessa patienter då en lugn utsida kan dölja ett kaos. Vi menar inte att sjuksköterskan till varje pris ska driva på patienten för att komma åt de innersta tankarna. Varje patient är en individ och personliga gränser ska respekteras.

I vårt resultat har vi kommit fram till att många patienter upplever det värdefullt att få känna en tillhörighet. Det kan vara viktigt att få ta del av andras upplevelser av sjukdomen då det kan ge insikt och ökad förståelse för deras gemensamma problem och minska oron (Bosworth, et al., 2004). Sjuksköterskan kan vid behov upplysa och hjälpa till att skapa kontakt med andra hjärtsviktspatienter. Att patienterna får chans att prata och umgås med människor i liknade situationer bör få stor betydelse för självkänslan och välbefinnandet. I en samtalsgrupp kan patienten dela med sig av sina problem och kanske få tips hur andra patienter har gjort för att lösa liknande svårigheter.

SLUTSATS

Den äldre patientens upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt beskrivs i termer av att inte orka lika mycket som före sjukdomen och att därför bli en börda. Patienterna talar om att inte veta hur sjukdomen kommer utvecklas och hur de på olika sätt återfår kontrollen över sina liv. För att hjälpa patienten med kronisk hjärtsvikt är det av största vikt att bygga upp en god relation som skapar trygghet och förtroende. Vara ett stöd både psykiskt och fysiskt samt bemöta varje patient individuellt skapar förutsättningar för en god vård.

REFERENSER

- Bosworth, H. B., Steinhauser, K. E., Orr, M., Lindquist, J. H., Grambow, S. C. & Oddone, E. Z. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & Mental Health*, 8(1), 83-91.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Ehnfors, M. & Norberg, A. (2000). The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14, 130-136.
- Ekman, I., Skott, C. & Norberg, A. (2001). A place of ones' own. The meaning of lived experience as narrated by an elderly woman with severe chronic heart failure. A case-study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15, 60-65.
- Evans, D. (2002-2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-27.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Grefberg, N. & Johansson, L-G. (2003). *Medicinboken – Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.
- Horne, G. & Payne, S. (2004). Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine*, 18, 291-296.
- Jacobsson, A., Pihl, E., Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2004). Emotions, the meaning of food and heart failure: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 514-522.
- Nationalencyklopedin (2007). Hämtad 071113 från: http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=350898&i_sect_id=350898&i_word=naturlig%20%e5ldring&i_history=5.
- 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.
- Schenck-Gustafsson, K., Kanter, T. & Mårtensson, J. (2005). Hjärtsvikt. Ingår i *Läkemedelsboken 2005/2006* (239-249). Stockholm: Apoteket AB.
- Socialstyrelsen (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Det medicinska faktadokumentet*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB.
- Strömberg, A., (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.

Stull, D., Starling, R., Haas, G. & Young, J. (1999). Becoming a patient with heart failure. *Heart & Lung*, 28(4), 284-292.

Wiklund, L., (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Willems, D. L., Hak, A., Visser, F. & Van der Wal, G. (2004). Thoughts of patients with advanced heart failure on dying. *Palliative Medicine*, 18, 564-572.

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

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

Bilaga 1

Artikel	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people Författare: I. Ekman M. Ehnfors & A. Norberg Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science Årtal: 2000</p>	<p>Patientperspektiv Fenomenologisk-hemeneutisk</p>	<p>Problem: Det finns för lite kunskap om äldre människors upplevelser av att leva med kronisk hjärtsvikt Syfte: Beskriva den äldre människans upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt</p>	<p>Kvalitativ metod Individuella intervjuer med öppna frågor 10 patienter 75-94år, NYHA III-IV 4 kvinnor, 6 män</p>	<p>Resultatet presenteras i två teman med tre subteman i varje: 1. Feeling imprisoned in illness; a. Feeling hindered from being of use, b. Difficulty trusting others, c. Not being ready for death. 2. Feeling free despite illness; a. Transcending illness, b. Confiding, c. Being ready for death.</p>
<p>Titel: Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure Författare: G. Horne & S. Payne Tidskrift: Palliative Medicine Årtal: 2004</p>	<p>Patientperspektiv Fenomenologisk</p>	<p>Problem: Hjärtsvikt har hög dödlighet och flera jobbiga symtom. Det finns för lite forskning kring behov av palliativ vård för denna patientgrupp. Syfte: Beskriva patientens upplevelse av att leva med långt gången hjärtsvikt och försöka identifiera behovet av palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ metod. Öppna semi-strukturerade intervjuer 20 personer 60-83 år NYHA II-IV 14 män, 6 kvinnor</p>	<p>Resultatet presenteras i tre huvudtema och sju subtema: 1. Can't do, 2. Difficulties in walking, 3. Relying on others, a. Concept of disease, b. Talking about death, c. Keep taking the tablets, d. Feelings and attitudes, e. Hope and hopelessness, f. Symptoms, g. Information needs.</p>
<p>Titel: Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors Författare:</p>	<p>Patientperspektiv Fenomenologisk</p>	<p>Problem: Standardiserade mätinstrument fokuserar på fysiska symtom istället för att beröra psykosociala faktorer. Syfte: Att beskriva</p>	<p>Kvalitativ metod där patienterna indelats i diskussionsgrupper. Semistrukturerade öppna diskussionsfrågor. 15 män</p>	<p>Resultatet presenteras i fem teman: 1. Symtoms, 2. Role loss, 3. Affective response, 4. Coping, 5. Social support</p>

<p>H. B. Bosworth, K. E. Steinhauser, M. Orr, J.H. Lindquist, S. C. Grambow & E. Z. Oddone. Tidskrift: Aging & Mental Health Årtal: 2004</p>		<p>faktorer som påverkar livskvaliteten hos patienter med kronisk hjärtsvikt.</p>	<p>47-82 år NYHA I-IV</p>	
<p>Titel: Emotions, the meaning of food and heart failure: a grounded theory study Författare: A. Jacobsson, E. Pihl, J. Mårtensson & B. Fridlund. Tidskrift: Journal of Advance Nursing. Årtal: 2004.</p>	<p>Patientperspektiv. Fenomenologisk-Hermeneutisk</p>	<p>Problem: Det är arbetsamt att äta för många patienter med kronisk hjärtsvikt men dessa patienter har ett stort näringsbehov. Syfte: Att beskriva betydelsen av mat och måltider hos patienter med kronisk hjärtsvikt.</p>	<p>Beskrivande och utforskande metod med individuella intervjuer. 11 personer 6 män, 5 kvinnor 51-90 år NYHA II-IV</p>	<p>Resultatet presenteras i fem teman. 1. The model. 2. Well-being. 3. Sorrow. 4. Comfort. 5. Burden.</p>
<p>Titel: Thoughts of patients with advanced heart failure on dying. Författare: D. L. Willems, A. Hak, F. Visser & G. Van der Wal. Tidsskrift: Palliative Medicine. Årtal: 2004.</p>	<p>Patientperspektiv Fenomenologisk</p>	<p>Problem: För lite forskning om patienter med svår hjärtsvikts syn på döden. Syfte: Att beskriva hjärtsviktpatientens syn på döden och dödsprocessen.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer utifrån en checklista. 31 patienter 46-88 år 23 män, 8 kvinnor NYHA III-IV</p>	<p>Resultatet presenteras i två teman: 1. Preparing for death- or not. 2. Decisions concerning the end of life.</p>
<p>Titel: Heart failure and its impact on older women's lives. Författare: D. Rhodes & C. Bowles. Tidsskrift: Journal of Advance Nursing. Årtal: 2002.</p>	<p>Patientperspektiv. Fenomenologisk.</p>	<p>Problem: Hjärtsvikt är en vanlig diagnos och kvinnor drabbas annorlunda än män. Det finns få studier gjorda ur den äldre kvinnans perspektiv. Syfte: Att beskriva den äldre kvinnans upplevelse av att leva med hjärtsvikt.</p>	<p>Kvalitativ beskrivande metod. Individuella semistrukturerade intervjuer. Fem kvinnor 60-90 år NYHA II</p>	<p>Resultatet presenteras i fyra teman: 1. Acknowledging losses in their lives. 2. Accepting the losses. 3. Changing their lives, 4. Deepening relationships.</p>

<p>Titel: A place of ones´own. The meaning of lived experience as narrated by an elderly woman with severe chronic heart failure. A case-study.</p> <p>Författare: I. Ekman, C. Skott & A. Norberg.</p> <p>Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Science. Årtal: 2001.</p>	<p>Patientperspektiv. Fenomenologisk -Hermeneutisk</p>	<p>Problem: Det finns för lite forskning kring hur äldre patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sin sjukdom och den vård de får.</p> <p>Syfte: Att fördjupa förståelsen för hur det är att vara en äldre kvinna med kronisk hjärtsvikt</p>	<p>Två djupintervjuer med en 79- årig kvinna med svår hjärtsvikt.</p>	<p>Resultatet består av patientens unika berättelse och är ej uppdelat i teman.</p>
---	--	---	---	---