

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: 110

Anne Berit Drøpping

Siw Stenhaus

Hjertesvikt og livskvalitet.

Heart failure and quality of life.

Dato: 18.05.2016

Totalt antall ord: 8864

Abstrakt

Introduksjon: Hjertesvikt er et alvorlig helseproblem, og antallet pasienter som får denne diagnosen er stadig økende. I dag er det omtrent 100 000 nordmenn som lider av tilstanden. Hjertesvikt er en progressiv og livstruende tilstand som innebærer at kroppens vev ikke får tilført tilstrekkelig blodmengde. Å leve med kronisk hjertesvikt kan ha innvirkning på livskvaliteten. Livskvalitet er et subjektivt begrep og tar utgangspunkt i den enkeltes opplevelse av sin situasjon. **Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan tilstanden hjertesvikt kan ha innvirkning på pasientens livskvalitet. **Metode:** Metoden er basert på 12 originale forskningsartikler fra utvalgte databaser. Forskningen er både kvalitativ og kvantitativ. Artikkene ble analysert og kategorisert. **Resultat:** Analysen av artikkene dannet grunnlaget for fire kategorier. ”Opplevelse av hjertesvikt”. ”Tilpasning og mestring av hjertesvikt”. ”Trygghet” og ”Utrygghet”. **Diskusjon:** Funnene ble diskutert opp mot relevant faglitteratur, en fagartikkel og lovverk. Relevante sykepleietiltak og Aaron Antonovskys teori blir trukket frem. Diskusjonsdelen består av to kategorier. ”Opplevelse og tilpasning av hjertesvikt” og ”Trygghet og utrygghet”. **Konklusjon:** Hjertesvikt medfører fysiske begrensinger forårsaket av symptomer. Pasientene vil være så selvstendig som mulig. Resultatet viste at manglende kunnskap er en kilde til utrygghet. Kontinuerlig kontakt med sykepleiere bidrar positivt til livskvaliteten. Sykepleiere bør fremme pasientens selvstendighet for å styrke deres egenomsorg.

Nøkkelord: Hjertesvikt, pasient, livskvalitet, mestring.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Hjertesvikt	2
1.2 Livskvalitet	3
1.3 Mestring av sykdom	4
1.4 Hensikt og problemstilling	5
2.0 Metode	6
2.1 Litteratursøk	6
2.2 Avgrensning	9
3.0 Etske overveielser	10
4.0 Resultat	11
4.1 Opplevelse av hjertesvikt	11
4.2 Tilpasning og mestring av hjertesvikt	12
4.3 Utrygghet	14
4.4 Trygghet	15
5.0 Diskusjon	16
5.1 Opplevelse- og mestring av hjertesvikt	16
5.2 Utrygghet og trygghet	22
6.0 Metodediskusjon	26
7.0 Konklusjon	28
LITTERATURLISTE	29
VEDLEGG 1: Søketablell	
VEDLEGG 2: Analysetablell	
VEDLEGG 3: Meningsbærende enheter	

1.0 Introduksjon

Hjertesvikt er et alvorlig helseproblem, og antallet pasienter som får denne diagnosen er stadig økende (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2013). I dag er det cirka 100 000 nordmenn som lider av tilstanden, det vil si omtrent 2 % av befolkningen (Gullestad, 2015). I 75-80 % av tilfellene av utvikling av hjertesvikt er årsakene hypertensjon og koronarsykdom, men hjertesvikt er også en konsekvens av et aldrende hjerte (Eikeland et. al. 2013). Pasienter med hjertesvikt har høy dødelighet (Ørn & Brunvand 2011). Gjennomsnittlig forventet levetid for hjertesviktpasienter er fire år etter diagnostidspunkt. I løpet av det første året etter sykehusinnleggelse med hjertesvikt er 40 % av pasientene enten re-innlagt eller døde (Ørn & Brunvand, 2011). Hjertesvikt er en progressiv og livstruende tilstand som innebærer at hjertet ikke får pumpet nok blod ut i sirkulasjonen. Det fører til at kroppens vev ikke får den blodmengden som er nødvendig for å opprettholde normal funksjon (Ørn & Brunvand, 2011).

Alvorlighetsgraden av hjertesvikt kan inndeles i funksjonsklasser som New York Heart Association (NYHA) har utarbeidet (Eikeland et. al. 2013). I forhold til inndeling av hjertesvikt i denne oppgaven tas det utgangspunkt i denne klassifiseringen. Klassifiseringen skiller mellom fire ulike funksjonsklasser, som beskriver hvorvidt tilstanden er utviklet.

Funksjonsklasse 1: Asymptomatisk hjertesvikt. Innebærer hjertesvikt uten begrensninger i forhold til normal, fysisk aktivitet. Aktiviteten medfører ikke følelse av utmattelse, dyspne eller hjertebank.

Funksjonsklasse 2: Lett hjertesvikt. Pasientene opplever lett begrensning i fysisk aktivitet, men er velbefinnende i hvile og ved lett fysisk anstrengelse. Ved mer betydelige belastninger oppleves utmattelse, dyspne samt hjertebank.

Funksjonsklasse 3: Moderat hjertesvikt. Markert begrensning oppleves ved fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile. Dyspne, hjertebank eller utmattelse oppleves ved lettere aktivitet, som for eksempel påkledning eller gange i svak motbakke.
--

Funksjonsklasse 4: Alvorlig hjertesvikt. Innebærer at all form for fysisk aktivitet gir ubehag. Hjertesviktsymptomene oppleves også i hviletilstand.

1.1 Hjertesvikt

Ved hjertesvikt er hjertets evne til å pumpe friskt blod svekket, og vil dermed ikke tilfredsstillende vevenes behov for oksygen (Gullestad, 2015). Dersom skjelettmuskulaturen ikke blir forsynt med tilstrekkelig oksygen blir pasientene preget av redusert fysisk prestasjonsevne (Ørn & Brunvand, 2011). Hjertesvikt kan betegnes som venstresidig- eller høyresidig hjertesvikt (Eikeland et. al. 2013). Den vanligste formen av hjertesvikt er dysfunksjon av venstre ventrikkel (Gullestad, 2015). Det er denne tilstanden som klassifiseres som hjertesvikt. Det betyr at venstre del av hjertet ikke evner å pumpe tilstrekkelig mengde blod ut i kroppen, og dermed reduseres alle kroppens organer. Det er ikke uvanlig at venstresidig hjertesvikt fører til utvikling av høyresidig hjertesvikt (Gullestad, 2015). Høyresidig hjertesvikt oppstår ofte på grunn av svikt i lungesirkulasjonen eller på grunn av medfødte tilstander. Hovedproblemet ved denne type svikt er at det vil oppstå stuvning i de organene som blodet passerer før det skal inn i hjertet, som for eksempel tarmen og leveren (Ørn & Brunvand 2011).

Når venstre ventrikkelens evne til å forsyne kroppens vev og organer med oksygenrikt blod svekkes, vil det også oppstå lungevenestuvning. Dette oppstår fordi høyre ventrikkel pumper mer blod gjennom lungekretsløpet enn hva venstre ventrikkel har kapasitet til å pumpe ut i kroppen. Det vil dermed samle seg opp blod i lungevenene som igjen vil gjøre venene stive. Stive vener motvirker den elastiske tilbaketrekningkraften i lungene som er nødvendig for lungenes evne til å tømme seg for luft. Pasientene vil dermed bli preget av dyspne (Ørn & Brunvand, 2011). Eikeland et. al. (2013) vurderer dyspne ut i fra flere grader: *Ortopne* betegner pustebesvær i liggende stilling, da opphopning av blod i lungekretsløpet oppstår når pasienten legger seg ned. *Funksjonsdyspne* er pustebesvær ved anstrengelse. Her kan alvorlighetsgraden vurderes ut ifra hvor mye pasienten kan anstrenge seg før pustebesvær oppstår. *Hviledyspne* omhandler pustebesvær uten anstrengelse. Dette er et alvorlig symptom ved hjertesvikt (Eikeland et. al. 2013). Ved hjertesvikt oppstår det væskeopphopning i kroppen på grunn av økt aldosteron- og anti diuretisk hormon (ADH) utskillelse (Ørn & Brunvand, 2011). Aldosteron gir natriumretensjon, som igjen fører til væskeretensjon. Økt ADH-utskillelse vil føre til at mindre væske skilles ut med urinen. Økning av det totale blodvolumet vil føre til utvikling av ødemer (Eikeland et. al. 2013). Væskeopphopningen i kroppen øker også arbeidsbelastningen på hjertet, som igjen øker lungestuvningen (Ørn & Brunvand, 2011). Hjertesviktpasienter kan være plaget av hoste på grunn av funksjonsdyspne

samt hviledyspne. Opplevelsen av dyspne er individuell og kan dermed variere fra pasient til pasient (Eikeland et. al. 2013). På grunn av væskeretensjonen som oppstår i lungekretsløpet kan dette bidra til søvnevansker. Søvnvansker hos pasienter med hjertesvikt kan forsterke opplevelsen av fatigue, da de blir trøttere på dagen på grunn av ufullstendig søvnmønster (Eikeland et. al. 2013).

1.2 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet kom i fokus innenfor sykepleiefaget i 1970-80-årene (Rustøen, 2001). En mulig årsak til det økte fokuset kan være på grunn av at pasientenes behov stadig endrer seg samt at flere mennesker får kroniske lidelser. I tillegg påpeker Rustøen (2001) at begrepet livskvalitet fører med seg positive assosiasjoner, at det stadig er mulighet for å forbedre et menneskes livskvalitet. Flere yrkesgrupper benytter livskvalitet som begrep som dermed betyr at det eksisterer flere definisjoner. Til tross for dette er det enighet om at livskvalitet handler om pasientens opplevelse av å ha det bra eller dårlig. Rustøen (2001) hevder at livskvalitet er subjektivt og tar utgangspunkt i den enkeltes opplevelse av sin situasjon.

Verdens helseorganisasjon har definert begrepet livskvalitet som: *“enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av”* (Rustøen 2001, s. 20). Verdens helseorganisasjon vektlegger aspekter ved individets oppfatning av egen situasjon (Kristoffersen, 2011). Kristoffersen (2011) påpeker at en svakhet ved denne definisjon er at den legger vekt på personens tenkning, og dermed utelukker den følelsesmessige delen av personens opplevelse av egen livssituasjon.

Rustøen (2001) presenterer definisjonen av begrepet livskvalitet som den norske psykologen Siri Næss bruker. Denne definisjonen innebærer at et individ har høy livskvalitet i den grad en er aktiv, har samhørighet, har en grunnstemning av glede og har selvfølelse. Siri Næss hevder at alle disse punktene til sammen utgjør livskvaliteten og legger lik vekt på alle. Definisjonen innebærer at en er aktiv i den forstand at en blant annet har appetitt og livslyst. I tillegg innebærer det at en har energi til å opprettholde egne interesser samt opplever kontroll over egne handlinger. Samhørighet omfatter at individet har tilhørighet i en gruppe og gode interpersonlige forhold til minst ett annet menneske. En grunnstemning av glede innebærer å være åpen for den ytre verden, og i tillegg føle trygghet og velvære i hverdagen. Definisjonen

beskriver selvfølelse som selvsikkerhet i forhold til egne evner samt følelse av å mestre. Selvfølelse innebærer også at individet aksepterer seg selv (Rustøen, 2001).

Rustøen (2001) beskriver definisjonen som ulik andre definisjoner som er kjent internasjonalt. Til tross for dette kan denne definisjonen være relevant for sykepleiefaget, særlig i møte med pasienter som lever med kronisk sykdom. Sett ut fra definisjonen til Siri Næss trekkes en subjektiv beskrivelse av livskvalitet inn. Pasientene i studien til Heo, Lennie, Okoli & Moser (2009) inkluderer tre komponenter i sin definisjon av egen livskvalitet: å være i stand til å utføre fysiske og sosiale aktiviteter, å opprettholde lykke samt å opprettholde relasjoner. Disse komponentene omhandler samme aspekter som Næss sin definisjon, og vil dermed bli brukt som utgangspunkt for begrepet livskvalitet i denne oppgaven. Kristoffersen (2011) underbygger at definisjonen av Næss er mer hensiktsmessig å bruke for sykepleiere sammenlignet med verdens helseorganisasjons definisjon på livskvalitet.

1.3 Mestring av sykdom

“Betydningen av Antonovskys modell ligger i at den retter oppmerksomheten mot forbindelsen mellom opplevelse av sammenheng, mestring og helse” (Kristoffersen, 2011 s. 52).

Aaron Antonovsky legger vekt i sin teori på faktorer som er helsefremmende. Antonovsky er opptatt av hva som er årsaken til at noen mennesker er i stand til å opprettholde sin helse til tross for at de er rammet av alvorlig sykdom og omfattende påkjenninger. Dette endrer perspektivet fra det som tidligere har vært vanlig i helsetjenesten, ved å fokusere på det som fremmer helse i stedet for å fokusere på det som forebygger- eller behandler sykdom (Kristoffersen 2011). Antonovsky presenterer derfor betegnelsen salutogen om sin modell. Begrepet har utspring av *“det latinske ordet salus, som betyr helse og velferd og , og det greske ordet genesis, som betyr fødsel eller utspring”* (Kristoffersen 2011 s.51)

Teorien påpeker at en grunnleggende *opplevelse av sammenheng* er nær knyttet til personens identitet. Kristoffersen (2011) presiserer at Antonovsky vektlegger opplevelse av sammenheng som muligheten til å reagere konstruktivt i en belastende situasjon. Begrepet innebærer tre komponenter som har med opplevelse å gjøre: å oppleve situasjonen som forståelig, meningsfull og håndterlig. Individuer med en sterk *opplevelse av sammenheng* vil i større grad enn andre, oppleve at utfordringer kan håndteres, og dermed møte en situasjon på

en aktiv og problemorientert måte. Individuer med svak *opplevelse av sammenheng* kan oppleve at situasjonen kan ende i kaos, og på forhånd gi opp forsøk på å håndtere situasjonen. Kristoffersen (2011) angir dermed at individer med sterk *opplevelse av sammenheng* velger mestringsstrategier som er hensiktsmessige i forhold til problematiske situasjoner. Mestring av påkjenninger vil styrke *opplevelsen av sammenheng* ytterligere.

Kristoffersen (2011) påpeker viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om aspektene Antonovsky tar for seg. I sykepleiefaget møter en mennesker som står i en livssituasjon påvirket av endringer. Antonovskys salutogene perspektiv kan bidra til å se individets “selvhelbredende” krefter ved å bistå i at situasjonene er preget av forståelighet, meningsfullhet og håndterlighet (Kristoffersen, 2011).

1.4 Hensikt og problemstilling.

Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvordan tilstanden hjertesvikt kan ha påvirkning på pasientens livskvalitet. Oppgaven tar utgangspunkt i pasientperspektivet. I diskusjonen vil resultat bli diskutert opp i mot sykepleieperspektivet, Aron Antonovskys teori og Siri Næss sin definisjon av begrepet livskvalitet. Problemstilling:

«Hvordan kan hjertesvikt ha innvirkning på livskvaliteten til hjemmeboende pasienter?»

2.0 Metode

Metoden i denne oppgaven er et allmenn litteraturstudie. Ved denne typen litteraturstudie analyseres valgte forskningsartikler, men sjelden på en systematisk måte. Formålet med et allmenn litteraturstudie kan være å beskrive kunnskapsnivået innenfor et spesielt tema (Forsberg & Wengström 2013).

2.1 Litteratursøk

Metoden for denne bacheloroppgaven er litteratursøk i utvalgte databaser. I søkeprosessen ble databasene Medline, Cinalh og SweMed+ benyttet. Det ble utprøvd ulike søkeord som har betydning for den aktuelle hensikten på denne oppgaven. Søkeordene som ga relevante resultater er “heart failure”, “quality of life”, “activity of daily living”, “self care”, “home based” og “knowledge”. “Heart failure” ble benyttet ved alle søk. Det ble i tillegg kombinert med ett til to av de ellers nevnte søkeordene.

Under selve søkeprosessen ble det ikke ført søketabell, da dette ble gjennomført etter de endelige artiklene var valgt. Det ble dermed en kortere søketabell med, på grunn av manglende oversikt over hvor mange artikler som ble lest før de ble forkastet. Dermed er søketabellen i denne oppgaven en oversikt over hvor mange treff som oppsto per søk, samt hvor mange artikler som ble valgt til bruk i resultatet ut i fra per søk. Fullstendig søketabell ses i vedlegg 1. Artiklene ble vurdert ut fra en analysetabell som ses i vedlegg 2.

Utdrag av vedlegg 1:

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalgte artikler
Cinahl 24.02.2016	2005-2016 Abstract available. Research article. Peer Reviewed Age Groups: Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years	“Heart failure” AND “Activities of daily living”	59	2

	Language: Danish, English, Norwegian, Swedish			
Medline 24.02.2016	2005-2016 Age: 65 +	“Heart failure” AND “Home care services”	396	1
Swemed+ 24.02.2016	2006-2016 Alder: 65+ Språk: Norsk, Svensk, Dansk, Engelsk.	“Heart failure” AND “Activities of daily living”	11	1

Utdrag av vedlegg 2:

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Norberg. E- B., Boman., K., Löfgren, B., & Brännström, M., Scandinavian Journal of Occupational Occupational performance and	Beskrive opplevelser av begrensninger når det kommer til prestasjonsevne og strategier for å håndtere de daglige aktiviteter.	Kvalitativ studie	40 deltakere. (30 bortfall). 10 gjenstående deltakere. 7 kvinner og 3 menn mellom 74- 91 år.	Hjertesviktpasientene slet med å innse sine begrensninger. De strevde for å bevare et aktivt liv. De senket sitt ambisjonsnivå for å omorganisere aktiviteter.	Godkjent av etisk komite i Umeå.

strategies for managing daily among the elderly with heart failure. 2014 Sverige					
--	--	--	--	--	--

Utvalgte artikler ble analysert og tolket opp i mot oppgavens hensikt. Det ble utarbeidet en tabell for å gjøre datainnsamlingen mer oversiktlig, der meningsbærende enheter ble trekt frem. Ved å trekke frem de meningsbærende enhetene av forskningsartiklene ble det mer tydelig å se hva som utmerket seg av funn. I denne prosessen ble det mulig å inndelegge de ulike resultatene i temaer, og videre avgrense til mer konkrete kategorier. Det ble ut i fra denne oppgavens hensikt valgt å fokusere på fire forskjellige kategorier. Fullstendig oversikt over meningsbærende tabell ses i vedlegg 3.

Utdrag av vedlegg 3:

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
Fatigue, dyspne, tap av styrke, ødemer i ankler samt søvnvansker er symptomer relatert til hjertesvikt. Utfordringer i forhold til daglige gjøremål kom på grunn av fysiske begrensninger.	Symptomer og begrensninger på grunn av hjertesvikt har innvirkning på livskvalitet.	Opplevelse av hjertesvikt
Det mest konstante funnet i intervju med pasientene var at alle ønsket muligheten til å forbli boende hjemme. Pasientene reduserer tempoet på aktivitetene for å være i stand til å gjennomføre de.	Det er et sterkt ønske for pasientene å fortsette å bo hjemme og søker etter løsninger for det. Pasientene må forandre sin hverdag for å tilpasse seg de	Tilpasning og mestring av hjertesvikt

	begrensingene hjertesvikt forårsaker.	
--	--	--

2.2 Avgrensning

Artikkelsøkene ble avgrenset likt uavhengig hvilke søkeord som ble benyttet. Alle søk ble avgrenset til treff av original artikler, med abstract og peer reviewed. I tillegg ble det avgrenset i forhold til årstall på utgivelsen av artiklene, som i denne oppgaven er valgt fra år 2006 til per dags dato, slik at resultatene kan være sammenlignbar med ny og oppdatert forskning. Artikkelsøkene er ikke avgrenset i forhold til kvalitativ eller kvantitativ metode, da det var ønskelig å se resultater av begge metodene. Målgruppen er avgrenset til personer som er eldre enn 65 år, som bor hjemme. I forhold til avgrensninger er det valgt å ikke ekskludere kjønn.

3.0 Etiske overveielser

Forskning som drives innenfor helsefag skal være etisk forsvarlig. Helsinkideklarasjonen er en erklæring vedtatt i Helsinki i 1964. Deklarasjonen inneholder veiledende regler, for å beskytte pasienter mot farer som følge av forskning. Det informerte samtykke står sentralt (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Hensikten med etiske overveielser er for å forhindre at juks og uærlighet forekommer innenfor forskning. Det er viktig at valgte studier har fått godkjenning av etisk komité (Forsberg & Wengström 2013). I denne bacheloroppgaven ble det lagt vekt på at artiklene skulle være godkjent av etisk komité for bruk i resultatet. De artiklene denne oppgaven tar utgangspunkt i, er alle godkjent av en etisk komité.

4.0 Resultat

4.1 Opplevelse av hjertesvikt

Dyspne og fatigue er de symptomene som er mest utfordrende for pasientene (Norberg, Boman, Löfgren, Brännström, 2014). Pasientene i studien til Burström, Brännström, Boman & Strandberg (2012) angir dyspne som det symptomet som gir den verste følelsen.

Symptomene er ofte uforutsigbare og kan variere fra dag til dag (Norberg et. al. 2014).

Resultatet i studien til Mulligan, Mehta, Fteropoulli, Dubrey, McIntyre, McDonagh, Sutton, Walker, Cowie & Newman (2012) viser også at de mest rapporterte symptomene relatert til hjertesvikt er fatigue og dyspne. Pasientene i studien til Mulligan et. al. (2012) viser i tillegg at tap av styrke, ødemer i ankler og søvnvansker er symptomer pasientene ser på som en belastning. I studien til Heng-Hsin, Ming-Shan, Chun-Yu, Shu-Ching & Hui-Chuan (2012) rapporterer pasientene at fatigue, dyspne og utfordringer med trappegang er faktorer som har innvirkning på livskvalitet. Frykten som følger med å leve med en syk og sviktende kropp, var vanskelig å takle for pasientene (Burström et. al. 2012).

Pasientene i studien til Weierbach, Glick, & Lyder (2011) opplevde utfordringer med daglige gjøremål på grunn av fysiske begrensninger. Begrensninger forbundet med pasientenes selvstendighet var en felles bekymring. Noen hadde vansker med å innrømme at de trengte assistanse etter å ha vært selvstendig hele sitt liv. Til tross for det viste resultatet at pasientene erkjente og aksepterte deres begrensninger (Weierbach et. al. 2011). Norberg et. al. (2008) benyttet «The Staircase of ADL» for å kartlegge pasientenes oppfatning av avhengighet i forbindelse med utførelsen av daglige gjøremål. Resultatet viser at 75 % av 40 pasienter var avhengige av bistand til daglige gjøremål. I utføring av daglige gjøremål som vasking, handling, transporter og matlaging var kun 10 % av pasientene totalt selvstendig (Norberg et. al. 2008). Av 20 pasienter med NYHA grad 3 og 4 var 90 % avhengig av bistand til én eller flere daglige gjøremål, som handling, transport, matlaging og vasking. Resultatet viser at kun 20 % av disse pasientene var avhengig av bistand til dusjing, påkledning, toalettbesøk samt forflytning. Ingen av de 20 pasientene med NYHA grad 1 og 2 hadde behov for bistand til utøvelse av egenomsorg (Norberg et. al. 2008). Weierbach et. al. (2011) bekrefter behovet for assistanse med utføring av daglige gjøremål. Alle 20 pasientene rapporterte om behov for bistand til handling, renhold, klesvask og transport (Weierbach et. al. 2011). I studien til Heng-Hsin et. al. (2012) rangerte pasientene egen selvtilit i forhold til mestring av daglige gjøremål. Studien viser at de har størst selvtilit i forhold til å bevege seg innendørs. De

uttrykte også selvtillit i forhold til å gå lengre avstander på flatt underlag. Resultatet viser at pasienter som tok vare på seg selv hadde større sannsynlighet for å mestre den mentale- og sosiale siden av dagliglivet. Pasientene hadde videre høy selvtillit i forhold til å mestre egenomsorg til tross for sykdom. Det som viste lavest selvtillit med tanke på mestring var seksuell aktivitet. Nest lavest var selvtillit til å delta i moderate fritidsaktiviteter (Heng-Hsin et. al. 2012).

Majoriteten av pasientene i studien til Heo et. al. (2009) evaluerte deres livskvalitet som god eller svært god på tross av deres begrensinger i dagliglivet. Noen pasienter beskrev dårligere livskvalitet etter de ble rammet av hjertesvikt (Heo et. al. 2009). Heng-Hsin et. al. (2012) vurderte hvordan hjertesvikt hadde en innvirkning på pasientenes livskvalitet ved bruk av «the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ). Det totale resultatet viste en skår på 1,05, som tilsier liten innvirkning på egen livskvalitet. Resultatet viser at NYHA grad 3 av hjertesvikt hadde mer innflytelse på pasientenes livskvalitet enn NYHA grad 2 hadde (Heng-Hsin et. al. 2012). Pasientene ga uttrykk for at det å være bekymret var en faktor som hadde mest innvirkning på egen livskvalitet (Heng-Hsin et. al. 2012). Noen av pasientene hadde angst for å bli ensom og avhengig av andre (Burström et. al. 2012). Pasientene i studien til Mulligan et. al. (2012) var generelt positive til muligheten for å kontrollere tilstanden hjertesvikt i hverdagen. De hadde dessuten positive holdninger i forhold til verdien av behandling av hjertesvikt (Mulligan et. al. 2012). Weierbach et. al. (2011) viser at informasjon om saltinntak og matlaging kunne skape forvirring. Å ekskludere matvarer pasientene likte, hadde innvirkning på livskvaliteten (Heng-Hsin et. al. 2012).

4.2 Tilpasning og mestring av hjertesvikt

Pasientene i studien til Heo et. al. (2009) medga at en positiv innstilling og et godt humør hadde en positiv innvirkning på livskvalitet. En pasient uttrykte at en må være i god psykisk balanse for å takle de forandringene hjertesvikt gjør med kroppen. Pasientene fikk en positiv innstilling av å tenke at det kunne vært verre, ved å sammenligne egen situasjon med de som hadde høyere NYHA-klassifiseringsgrad (Heo et. al. 2009). Norberg et. al. (2014) viser at pasientene over tid hadde lært seg å redusere tempoet på aktiviteter for å være i stand til å gjennomføre dem. Noen følte seg imidlertid late dersom de ikke var i stand til gjennomføre aktiviteter og gjøremål de hadde lyst til (Norberg et. al. 2014). Pasientene uttrykte at de senket sitt ambisjonsnivå og kravene til seg selv ved å omorganisere aktiviteter og gjøremål på nye

måter. En taktikk var å ta pauser under støvsuging og rengjøring slik at det ble lettere å gjennomføre (Norberg et. al. 2014).

Å være selvstendig i dagliglivet var et viktig mål for flere av pasientene i studien til Norberg et. al. (2014). Pasientene hadde problemer med å tilpasse seg sykdommen (Burström et. al. 2012). Norberg et. al. (2014) rapporterte også at pasientene hadde utfordringer med å akseptere behov for bistand til dagliglivets utfordringer. Det mest tydelige funnet etter intervju med pasientene studien til Weierbach et. al. (2011) var at alle ønsket muligheten til å forbli boende hjemme. Resultatet viser ellers at pasientene søkte etter løsninger som tillot dem å bli i hjemmet. Det å akseptere sine begrensninger var nødvendig for noen av pasientene før de kunne søke etter mestringsstrategier. Pasientene aksepterte hjelp fra både venner og naboer, når familiemedlemmer ikke bodde nært nok til å bistå i nødvendige gjøremål (Weierbach et. al. 2011). Weierbach et.al. (2011) trekker fram at familie og venner hadde stor betydning for den følelsesmessige velvære. En annen studie (Heo et.al.2009) viser at venner og familie som var støttende og møtte deres sosiale og materielle behov, hadde positiv innvirkning på livskvaliteten. Et annet aspekt som Nordberg et.al. påpeker, er at pasientene på sin side ga uttrykk for at det var givende å hjelpe familie og venner når de var i stand til det. De pasientene som benyttet teknisk utstyr som elektrisk kjøkkenutstyr, elektrisk seng og rullator, hadde en mer aktiv hverdag. En pasient beskrev at rullatoren ga han muligheten til å handle selv og i tillegg være mer sosial, som igjen ga en følelse av mestring (Norberg et. al. 2014).

Studien til Piotrowicz et.al. (2015) sammenligner hvilken effekt et hjemmebasert treningsprogram på 8 uker hadde på pasientenes livskvalitet, med et treningsprogram gjennomført poliklinisk over samme tidsrom. Resultatet viser ingen signifikant forskjell i vurdering av egen livskvalitet mellom de to gruppene ved oppstarten av treningsprogrammene (Piotrowicz et. al. 2015). Ved å sammenligne vurderingsskjema før og etter treningsprogrammene, rapporterte pasientene om mindre begrensninger i forhold til fysisk funksjon. Pasientene fungerte bedre sosialt på grunn av bedre fysisk form, bedre mental helse og opplevde mindre kroppslig smerte (Piotrowicz et. al. 2015). Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene i forhold til forbedring i den totale vurderingen av egen livskvalitet. Likheten var at begge gruppene rapporterte om forbedring i den totale vurderingen av livskvaliteten etter gjennomføring av et treningsprogram på 8 uker (Piotrowicz et. al. 2015). Et funn fra Burström et. al. (2012) viser også at deltakelse i et

tilpasset treningsprogram bidrar til mestringsfølelse. Pasientene ga uttrykk for at det var godt å kjenne at kroppen fungerte på tross av hjertesvikten (Burström et. al. 2012). Resultatet til Heng-Hsin et. al. (2012) indikerer at daglig fysisk aktivitet har betydning for egen livskvalitet. Brodie, Inoue & Shaw (2006) viser at motiverende intervju som oppfølgingsmetode også kan være en god metode. Pasientene som hadde motiverende intervju fikk forbedret fysisk funksjon samt opplevde mindre smerter enn før (Brodie et. al. 2006).

Rifai, Pisano, Hayden, Sulo & Silver (2015) undersøkte effekten av DASH-dietten, som nylig har blitt inkludert i anbefalinger for å forebygge hjertesykdom. Resultatet viste at DASH-dietten førte til bedre prestasjon i en gåtest. Etter 6 måneder på dietten klarte pasientene å gå lengre enn de i gruppen som spiste normalt (Rifai et. al. 2015).

4.3 Utrygghet

Den uforutsigbare tilværelsen kan skape mye angst, frykt og utrygghet blant de som lever med kronisk hjertesvikt (Burström et. al. 2012).

I ett av resultatene til Söderberg et.al. (2015) kom det fram at pasientene følte seg utrygge når de måtte forholde seg til at døden kunne være nær forestående. Følelsen av at døden er nært forestående når de opplevde alvorlige symptomer ga utrygghet (Burström et. al. 2012). Det påvirket i tillegg deres forhold til ektefelle og familie negativt (Söderberg et. al. 2015). Resultatet til Burström et. al. (2012) viste at liten kunnskap om sykdom og hva som skjer med kroppen, ga utrygghet og bekymringer. Pasientene beskrev også utrygghet i forbindelse med symptomer som fatigue, anginasmerter, hovne legger, svimmelhet og kaldsvette (Burström et. al. 2012).

Et annet aspekt som Weierbach et.al (2012) peker på, var at pasienter følte seg utrygge hvis de fikk uklare og lettvinne informasjonen av legen sin. Söderberg et.al. (2015) trekker fram at pasientene ofte opplevde utrygghet hvis hjemmesykepleieren utsatte besøkene eller ikke kom til avtalt tid uten å informere om det. Det skapte også utrygghet hos pasientene hvis de stadig måtte forholde seg til nye sykepleiere, da de ønsket mer kontinuitet (Söderberg et.al. 2015).

4.4 Trygghet

I studien til Burström et.al. (2012) pekes det på at pasientene følte seg trygge ved å ha tro på den behandlingen de fikk. De beskrev at det gjorde godt for dem å ta en dag i gangen og tilpasse gjøremålene etter dagsformen. Å lære seg å leve med sykdommen var også viktig (Burström et.al.2012)

Pasientene som ble intervjuet i studien til Söderberg et. al. (2015) fikk hjemmesykepleie tilpasset sin sykdomstilstand. Etter analyse av intervjuene kom det frem at tryggheten med hjemmesykepleien var å kunne ringe døgnet rundt for å få hjelp med en gang. Det var betryggende for pasientene å kunne ringe dersom de hadde spørsmål om sykdommen eller om symptomer. Det førte til at pasientene ikke trengte helsehjelp like ofte som før, eller kunne vente lengre med å få hjelp (Söderberg et. al. 2015).

Pasientene hadde mindre behov for legevakt og sykehusinnleggelser etter å ha begynt med tilpasset hjemmesykepleie. Dette bidro til å skape trygghet, lette deres tilværelse - og dermed økte det livskvaliteten (Söderberg et. al. 2015). Resultatet i studien til Burström et. al. (2012) viser at hjemmebesøk av sykepleiere ga en trygghetsfølelse. Pasientene beskrev at det var bra at de hadde god, samt kontinuerlig kontakt med kardiologisk sykepleier (Burström et. al. 2012). Det samme kom fram i funnene til Söderberg et.al. (2015). Et annet moment som Söderberg et.al. (2015) peker på, var at trygghetsalarmen var til stor hjelp hvis noe uforutsett eller akutt skulle skje.

Resultatet viste at pasientene synes det var utelukkende positivt at sykepleierne hadde kontakt med deres pårørende. Pasientene opplevde det som trygt å bo nært kollektivtransport, familie og venner. Familie og ektefelle ga en trygghetsfølelse ved at de fungerte som en psykisk støtte. Det var også av betydning for mange å bo i et kjent miljø (Söderberg et. al. 2015).

5.0 Resultatdiskusjon

I denne delen blir pasientenes opplevelse av å ha hjertesvikt sett sammen med hvordan de tilpasser seg og mestrer hverdagen. Det blir også hensiktsmessig å se hvordan hjertepasienter føler seg utrygge eller trygge, i en sammenheng. For å unngå gjentakelser i diskusjon om hvordan symptomer oppleves, er det valgt å diskutere dette i sammenheng med utrygghet og trygghet.

5.1 Opplevelse- og mestring av hjertesvikt.

I et resultat evaluerte majoriteten av hjertepasientene egen livskvalitet som god eller svært god, på tross av begrensninger i dagliglivet. Kristoffersen (2011) underbygger det ved å peke på at pasienter med kronisk sykdom selv kan angi sin livskvalitet som god eller svært god, til tross for endret fysisk tilstand. Kristoffersen (2011) hevder videre at funksjonstap ikke bør ses på hindringer for å leve et meningsfullt liv. For å hevde det, bruker han teorien til Antonovsky, som sier at livskriser kan føre til videre vekst i stedet for å oppleve dem som smertefulle. Kristoffersen (2011) beskriver videre at funksjonstap og begrensninger dermed ikke blir sett på som hindringer for å leve et verdifullt og godt liv. Antonovskys perspektiv kan hjelpe en til å tenke hva som er med på å beskytte oss mot de belastningene pasientene møter i hverdagen. I tillegg bygger teorien på at opplevelser tidligere i livet har betydning for etablering av opplevelse av sammenheng. Pasientene evner dermed å ha en realistisk innstilling til egen livssituasjon. Kristoffersen (2011) trekker derfor fram at belastninger i livet kan bidra til at en tilnærmer seg mer aktivt andre vanskelige situasjoner. I helsefremmende arbeid bør en derfor rette oppmerksomheten mot andre faktorer enn bare det som kun forebygger (Kristoffersen, 2011). Gullestad (2015) på sin side, peker på at det å leve med hjertesvikt vil bety en redusert livskvalitet for mange. Undersøkelsen “Norsk Monitor” viser at opplevd helsetilstand er et av de elementene som i størst grad skiller de ulykkelige fra de lykkelige” (Barstad, 2014). Det er en klar sammenheng mellom helsetilstand og subjektiv livskvalitet. Nedsatt og dårlig fysisk helse, vil over tid stjele energi, og kan føre til tap av frihet og kontroll over eget liv (Barstad, 2014). Siri Næss hevder at en må aktivt bidra til å fremme menneskets positive opplevelser. Sett ut fra et sykepleieperspektiv, bør det helsefremmende arbeidet i større grad handle om å tilrettelegge miljøet omkring pasienten, slik at det gir et godt utgangspunkt for positive opplevelser (Kristoffersen, 2011).

Resultatet viser at pasientene opplevde utfordringer i forhold til daglige gjøremål på grunn av svekket fysisk funksjon. Kristoffersen (2011) hevder at fysisk funksjon ses på som viktige kjennetegn ved helsetilstanden, da normal kroppslig funksjon bidrar til evne til å mestre sin livssituasjon. Resultatet viser også at pasientene med NYHA grad 3 og 4 var mer avhengig av hjelp til daglige gjøremål enn de med NYHA grad 1 og 2. Pasientene med NYHA grad 3 og 4 hadde større behov for assistanse i forhold til ivaretagelse av egenomsorg sammenlignet med pasientene med NYHA grad 1 og 2. Dette viser at pasientenes fysiske yteevne har sammenheng med hvilken grad hjertets pumpeevne er svekket (Ørn & Brunvand, 2011). I sykepleiesammenheng er det viktig å vurdere funksjonsevne primært. Det viktige spørsmålet blir dermed hvor stor grad funksjonsevnen er redusert. Dermed vil en fysiologisk skade bare være av betydning i sykepleiesammenheng dersom den har innvirkning på personens evne til å håndtere hverdagens krav og gjøremål (Kristoffersen, 2011).

Pasientene i et resultat hadde vansker med å innrømme at de trengte assistanse og helsehjelp. De ønsket å være så selvstendig som mulig. Solvoll 2011 underbygger at: *“Tap av selvstendighet oppleves ofte vanskelig”* (Solvoll, 2011 s.21). Behovet for å være selvstendig ligger dypt forankret i mennesket. I vestlige samfunn legges det stor vekt på enkeltmennesket, som innebærer en oppfatning om at hvert menneske har en rett til å handle slik en selv bestemmer. Dermed kan det oppleves som negativt dersom en ikke klarer seg selv, nettopp fordi normene og idealene i samfunnet vektlegger selvstendighet (Solvoll, 2011). Rustøen (2001) beskriver at selvfølelse er en faktor i forhold til Næss sin definisjon av begrepet livskvalitet. Med selvfølelse legges det vekt på å føle seg vel som menneske, akseptere seg selv samt å være sikker på egne evner. Her kan sykepleiere ha en viktig oppgave med å motivere hjemmeboende pasienter til fysisk aktivitet. De kan stå i fare for å bli inaktive og dermed tape ferdigheter i dagliglivet. Enkle øvelser kan gjøres daglig, for å hindre tap av bevegelsesfunksjon og bidra til at pasientene greier å holde seg mest mulig selvhjulpen (Helbostad, 2008). Resultatet viste også at pasientene ønsket muligheten til å bli i hjemmet. Thorsen (2011) hevder at materialistiske ting kan være betydningsfullt for å holde fast ved hvem en er og hva en står for. Dette kan være en del av pasientenes sterke ønske om å forbli i eget hjem. I tillegg kan det å klare seg på egenhånd, i eget hjem, ha betydning for følelsen av å håndtere eget liv selvstendig. Siri Næss underbygger dette ved å påpeke at det mennesket gjør, og omgis av, indirekte kan være avgjørende for livskvaliteten (Kristoffersen, 2011). Næss sier imidlertid at disse faktorene er individuelle, og får mening og betydning ut i fra de erfaringene mennesket har med seg fra tidligere i livet (Kristoffersen, 2011).

Det å ta i mot hjelp i sitt eget hjem på grunn av sykdom og lidelse kan oppleves som en trussel på selvoppfattelsen. Kirkevold (2008) legger fram at en viktig sykepleieoppgave er å støtte pasientens forsøk på og ivareta- eller utvikle egenomsorgskapasiteten, som en hjelp til å bli boende hjemme. Sykepleiere bør i følge Kirkevold (2008) forholde seg til pasienten slik at det skapes en balansegang mellom uavhengighet og avhengighet. En slik balansegang kan være en utfordring. På den ene siden kan det være en utfordring hvis sykepleiere ikke vurderer pasientens funksjonsnivå godt nok (Kirkevold 2008). Det kan føre til at sykepleiere hjelper pasientene mer enn nødvendig, som kan bidra til å sette pasientene i en situasjon hvor de blir unødvendig avhengig. På den andre siden kan en praksis med overdrevent fokus på mestring og selvstendighet være uheldig. Spesielt hvis sykepleiere signaliserer at avhengighet og hjelp er noe negativt. En kan da komme i skade for å fremme uavhengighet som mål når pasienten egentlig ønsker- og har behov for bistand (Kirkevold 2008). Antonovskys teori bygger på at sykepleiere kan styrke opplevelse av sammenheng, ved å fremme at situasjonen blir håndterlig (Kristoffersen, 2011). Det betyr ikke at pasienten må være i stand til å mestre alt ved situasjonen selv, men at det ligger visse mestringsmuligheter til grunn. Det kan bidra til en sterk opplevelse av lidelse dersom pasienter med behov for bistand ikke får hjelp til å utføre grunnleggende gjøremål (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011). Ut i fra disse refleksjonene kan sykepleiere benytte gode tiltak for å understøtte pasientens egenomsorg (Kirkevold 2008). Sykepleieren, kan i samarbeid med pasienten, vurdere vedkommendes egenomsorgskapasitet presist og tilstrekkelig. Videre kan sykepleieren vurdere muligheten for å styrke og utvikle egenomsorgen på områder der pasienten har kapasitet, motivasjon og behov for det. Sykepleieren kan blant annet skrive en pleieplan som understøtter og bygger på tiltakene som beskrevet overfor (Kirkevold 2008). Pleieplanen har flere fordeler. Pleieplanen evalueres fortløpende ved at den oppdateres, revideres og evalueres opp mot tiltakene som skal føre frem til ønsket resultat. Pleieplanen kan bidra til god oversikt for sykepleiere (Dahl & Skaug 2011).

Et resultat viser at pasientene kan ha problemer med å tilpasse seg sykdommen og begrensningene den medførte. Det viste seg spesielt at frykten av å leve med en syk og sviktende kropp var en utfordrende begrensning å takle. Eikeland et. al. (2013) underbygger at de funksjonelle begrensningene- og tilpasningen til livet med hjertesvikt kan være det vanskeligste å overkomme for hjertesviktpasienter. Hverdagen med stadig skiftende- og stressende hjertesviktsymptomer kan oppleves som utfordrende. Hjertesvikt kan dessuten

medføre at pasientenes rolle i livet blir endret (Eikeland et. al. 2013). Barstad (2014) hevder at å tilpasse seg til en utfordrende tilstand kan være vanskelig. Videre hevder Barstad (2014) at det er viktig med forståelse for at slike situasjoner ikke nødvendigvis blir lettere å leve med. Personlige endringer kan være skremmende, fordi pasientene ofte ikke vet hvor det hele ender. Når pasienter får en livstruende sykdom, blir en eksistensielt rammet. Nettopp fordi en alvorlig sykdom konfronterer oss med livets grunnvilkår (Davidsen-Nielsen, 1997). Sett ut fra Antonovskys teori kan pasienter med en sterk opplevelse av sammenheng, ha dette som en ressurs til å mestre belastende livshendelser (Kristoffersen, 2011). Teorien legger vekt på at situasjonen må være håndterlig for pasienten, som åpner muligheten for å påvirke egen situasjon (Kristoffersen, 2011). Nortvedt (2008) underbygger at mestring av egne problemer er grunnleggende for å leve et godt liv. Sykepleiere i møte med hjertesviktpasienter kan bidra til å styrke pasientenes ressurser til egen mestring, for å kunne forebygge forverring eller tilbakefall av hjertesvikt (Eikeland et. al. 2013).

I følge Eikeland et. al. (2013) vil støtte og veiledning i hvordan tilstanden kan håndteres i hverdagen styrke pasientenes evne til mestring. I likhet vil veiledning i- og motivering til å endre egen livsstil i helsefremmende retning styrke hjertesviktpasientenes egenomsorg. Eikeland et. al. (2013) påpeker videre at kunnskap om sykdom og symptomer bidrar til styrking av pasientens egenomsorg. Kristoffersen (2011) hevder, med utgangspunkt i Antonovskys teori, at kunnskap kan gi oversikt og forståelse av egen situasjon. Pasientene kan dermed tilegne seg en grunnleggende kontroll i tilværelsen (Kristoffersen, 2011). Tveiten (2012) presenterer begrepet empowerment som en metode for og ha- eller ta kontroll over det som påvirker egen helse. I forhold til empowerment skal sykepleiere opptre som en samarbeidspartner, der makten omfordeles fra sykepleier til pasient. Tveiten (2012) hevder at hensikten med dette er å styrke pasientenes ressurser samt tro på seg selv. En finner i Rustøen (2001) at Næss legger vekt på selvfølelse og selvsikkerhet som en del av sin definisjon på livskvalitet.

Et 8 ukers treningsprogram hjalp pasientene i et resultat til å fungere bedre sosialt samt forbedret deres livskvalitet. Treningen bidro til mestringsfølelse, da pasientene kjente at kroppen fungerte på tross av hjertesvikten. Helbostad (2008) underbygger at fysisk aktive personer opplever større grad av mestring og kontroll enn inaktive personer. Antonovsky hevder at pasienter med en sterk opplevelse av sammenheng, bevist tar aktive- og helsefremmende valg (Kristoffersen, 2011). Helbostad (2008) påpeker videre at fysisk

aktivitet kan forebygge komplikasjoner som skyldes inaktivitet på grunn av sykdom, i tillegg til å opprettholde bevegelsesfunksjonen. Regelmessig fysisk aktivitet har gjerne en gunstig effekt på sykdomsutviklingen hos pasienter med en allerede diagnose (Helbostad, 2008). Gullestad (2008) underbygger dette, ved at daglig fysisk aktivitet er ønskelig for alle grader av hjertesvikt. Det er viktig at aktivitetsnivået tilpasses den enkelte pasient, og en bør være spesielt forsiktig med de med alvorlig svikt (Gullestad 2008). Bedre fysisk kapasitet øker pasientenes evne til å holde seg aktiv, og kan dermed bidra til å opprettholde sosiale relasjoner i hverdagen. Pasientene i studien Heo et. al. (2009) la vekt på det å være i stand til å utføre sosiale aktiviteter som en faktor i vurdering av egen livskvalitet. Næss underbygger dette med hennes fokus på samhørighet som en faktor av livskvaliteten (Kristoffersen, 2011).

Et resultat viser at motiverende intervju kan være en mer levedyktig metode sammenlignet med tradisjonelle treningsprogram. Pasientene som mottok motiverende intervju opplevde etter oppfølging, bedre fysisk yteevne og reduserte symptomer. I Ivarsson (2010) finnes denne definisjonen på motiverende intervju (MI): *“MI er en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke pasientens egen motivasjon”* (Ivarsson, 2010 s. 9). Motiverende intervju kan være hensiktsmessig da det oppmuntrer pasienten til å løse utfordringer i eget liv. Ivarsson (2010) hevder at det viktigste intervjueren gjør, er å vise at en tror på pasientens evne til å ta de riktige valgene i livet sitt samt legge til rette for utvikling i positiv retning. I motiverende intervju er det et prinsipp at pasienten selv skal kjenne et indre ønske om endring, og deretter handle mot en positiv endring på bakgrunn av dette (Ivarsson, 2010). Dette gjenspeiles i Antonovskys teori der det legges vekt på aktive og helsefremmende tiltak (Kristoffersen, 2011). Siri Næss sitt livskvalitetsbegrep kan videre underbygge motiverende intervju: *“Livskvalitet knyttes til nærvær av positive og fravær av negative opplevelser”* (Kristoffersen 2011, s. 59). I denne sammenhengen knyttes livskvalitet som tilstedeværelse av positive indre opplevelser som glede og engasjement (Kristoffersen, 2011). Dette ses på som nødvendig når pasientene skal gjennomføre et hensiktsmessig motiverende intervju.

Et resultat viser at den natriumreduerte DASH dietten kan forbedre pasientenes livskvalitet. Sjøen & Thoresen (2012) hevder at sykepleiere som skal motivere pasienter til redusert saltforbruk, bør huske at salt i maten kan være en vanesak. Derfor er det mulig og både venne seg til et høyt- og et lavt saltforbruk. Det kan dermed i de fleste tilfeller være hensiktsmessig å redusere forbruket med langvarige- og gradvise endringer. Sjøen & Thorsen (2012) hevder

videre at det kan oppleves som vanskelig for pasienter å legge om det totale kostholdet på en gang. En kan tolke at utfordringen med dette er på grunn av at tilvenning til en hjertevennlig diett gjerne medfører en livsstilsforandring. Antonovsky trekker frem faktorer som er helsefremmende, og en livsstilsendring kan i denne sammenhengen være fruktbart (Kristoffersen, 2011). Kristoffersen (2011) beskriver at pasienter som endrer livsstilen, må være mottakelig for å bearbeide relevant helseinformasjon. Pasienten må utvikle tilstrekkelig motivasjon og tro på at en vil lykkes med å gjennomføre de endringene som kreves (Kristoffersen, 2011). Sett ut fra Antonovskys teori underbygges dette da han legger vekt på at situasjonen må være håndterlig for at pasienten skal oppleve en forståelse av sammenheng. Kristoffersen (2011) beskriver at pasienten må oppleve at en har innflytelse til å påvirke egen livssituasjon. Dermed kan det være vesentlig for sykepleiere å legges til rette for mestringsmuligheter, slik at livsstilsforandringer blir så forutsigbare som mulig (Kristoffersen, 2011). DASH dietten bidro i tillegg til en bedre fysisk yteevne på en 6 minutters gåtest hos pasientene i et resultat. Gullestad (2008) underbygger at en slik gåtest er en enkel test som gir et innblikk i pasientens funksjon.

Et resultat viser at pasientene har lavest selvtillit når det gjelder seksuell aktivitet. Gamnes (2011) hevder at mange pasienter har behov for hjelp og støtte når en sykdom fører til en endret livssituasjon. Han hevder videre at sykepleiere jevnt over har liten erfaring i å skaffe seg opplysninger knyttet til seksualitet. Markhus & Fålun (2015) underbygger dette med at helsepersonell har for liten kunnskap om sammenhengen mellom seksualitet og kronisk sykdom. Seksualitet kan være et intimt og personlig tema å ta opp både for pasienter og helsepersonell. Likevel bør sykepleiere føle en utfordring til å veilede hjertesviktpasienter om seksuell helse. Markhus & Fålun (2015) sier at mange vil erfare at deres seksuelle helse forbedres ved bare å få dele sine tanker med noen. Eide & Eide (2007) hevder at profesjonell- og hjelpende kommunikasjon er hensiktsmessig å bruke i en slik sammenheng. En slik form for kommunikasjon kjennetegnes ved at den er anerkjennende og skaper trygghet og tillit, og hensikten er å formidle informasjon som bidrar til problemløsning og stimulerer til at pasienter mestrer situasjonen så godt som mulig (Eide & Eide, 2007). Noen pasienter kan i tillegg ha behov for informasjon om bruk av hjelpemidler og smertereduserende samleiestillinger, som vil spare dem for krefter (Markhus & Fålun, 2015). På den andre siden er det vesentlig å være bevisst på at ikke alle pasienter ønsker å dele sine tanker om dette temaet. Sykepleiere må respektere at noen synes dette blir for intimt og vanskelig (Markhus & Fålun, 2015).

5.2 Utrygghet og trygghet

Pasientene i et resultat var preget av utrygghet i forhold til følelsen av at døden er nært forstående. Spesielt med tanke på opplevelse av alvorlige symptomer. Eikeland et. al. (2013) underbygger at hjertesykdom er forbundet med risikoen for en plutselig død, og kan dermed oppleves som en krisesituasjon. Reaksjonen på egen livssituasjon er avhengig av kultur, erfaringer samt miljø. Dermed er det vesentlig for sykepleiere å ha kunnskap om vanlige krisereaksjoner og mestring av stress for å forstå den enkeltes pasient opplevelser (Eikeland et. al. 2013). Her passer det å trekke inn Kristoffersens (2011) to hovedtyper av mestringsstrategier: *problemorientert mestring* og *emosjonelt orientert mestring*. Ved situasjoner der hensikten er å redusere ubehagelige følelser i stressituasjoner, er emosjonelt orientert mestring aktuelt. Det innebærer blant annet å prøve bevist å håndtere følelsene ved å tenke på noe annet, eller å bagatellisere alvoret. Problemorientert mestring handler om å løse eller beherske situasjoner som skaper stress, samt øke pasientenes handlingsmuligheter (Kristoffersen, 2011). Dette innebærer at pasientene kan bearbeide situasjonen følelsesmessig og søke kunnskap, veiledning og støtte. Et resultat viste at mangel på kunnskap om sykdommen, var en faktor som økte pasientenes utrygghet. En grunnstemning av trygghet og fravær av uro samt bekymring inngår i definisjonen av Næss i Kristoffersen (2011). Kunnskap kan redusere utrygghet og bidra til at hjertesviktpasienter tar ansvar for egen sykdomstilstand (Eikeland et. al. 2013).

For å oppleve trygghet, viser et resultat at det er viktig for pasientene at de har tro på behandlingen. En kan tolke resultatet som at økt kunnskap om behandlingen, er en faktor som gir trygghet. I noen tilfeller kan det være nok at sykepleiere eller andre helsearbeidere gir nødvendig informasjon. Kristoffersen et. al. (2011) sier at sykepleiere har en viktig funksjon som veiledere og kunnskapsformidlere overfor pasientene, noe som bidrar til læring, utvikling og mestring. Gullestad (2015) hevder også at det er viktig for den enkelte pasient med kunnskap om sykdommen, samt informasjon om metoder som kan redusere symptomer og plager. Sykepleiere har en plikt i henhold til norsk lovverk å sørge for at pasientene får informasjon om egen tilstand (Kristoffersen, 2011). I Antonovskys teori går det fram at hvis sykepleiere i møte med sine hjertesviktpasienter, kan bidra med kunnskap, vil det gjøre situasjonen mer forståelig og gi en opplevelse av sammenheng (Kristoffersen, 2011). Pasienter opplever utrygghet med de fysiologiske endringene som følge av hjertesvikt. Derfor har sykepleiere en viktig funksjon med å observere, vurdere og identifisere tegn på utvikling

eller forverring av hjertesvikten hos pasienter. Tiltak som å redusere hjertets arbeid, optimalisere hjertets minuttvolum samt å forebygge komplikasjoner iverksettes for å ivareta pasientens grunnleggende behov (Eikeland et. al. 2013). Pasientene opplevde utrygghet i forhold til fysiologiske endringer som følge av hjertesvikt. Eikeland et. al. (2013) beskriver høyt ryggleie som tiltak for å avlaste pasientens hjerte. Det optimaliserer hjertets minuttvolum da dette reduserer tilbakestrømningen av venøst blod til hjertet. Reduksjon av tilbakestrømning av venøst blod til hjertet vil også bidra til å redusere pasientenes anstrengelse i forhold til dyspne og ødemer. Eikeland et. al. (2007) påpeker at natriumredusert kost kan være viktig for hjertesviktpasienter for å unngå utvikling av ødemer. Et annet hensiktsmessig tiltak kan være å veie pasienten daglig. I tilfeller hvor pustebesværet er svært hemmende, er det vesentlig å redusere pasientenes anstrengelser (Eikeland et. al. 2013). Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2011) underbygger dette ved at sykepleiere har *behandling* som et grunnleggende funksjonsområde. Den behandlende funksjonen innebærer å kompensere for pasientenes egen ressursvikt (Kristoffersen et. al. 2011). Ved at sykepleiere gir hjelp ved ressursvikt, vil det avlaste energiforbruket hos pasientene og dermed forebygge at fatigue dominerer hverdagen. Kristoffersen et. al. (2011) beskriver også sykepleierens *lindrende* funksjon, for å begrense omfanget av belastninger. Bistand til ressursvikt gjenspeiles i Antonovskys teori, med tanke på å gjøre situasjonen håndterlig for pasienten (Kristoffersen, 2011). Sykepleiere som bistår, legger til rette for mestringsmuligheter, samt bidrar til at pasientene kan oppleve realistiske forventninger om mottakelse av hjelp (Kristoffersen, 2011). I Siri Næss sin definisjon av begrepet livskvalitet, kommer det frem at pasientene har det godt i den grad de er aktive (Rustøen, 2001). Dermed kan det å kompensere for ressursvikt, føre til at pasientene får energi og overskudd, og ikke føler seg utslitte.

Et resultat viser at pasientene opplevde trygghet i form av jevnlig hjemmebesøk og god kontakt med sykepleiere. Hvis hjemmebesøket ikke ble gjennomført som planlagt, eller hvis pasienten ikke fikk beskjed hvis det ble utsatt, opplevde pasienten det som utrygt. Thorsen (2011) påpeker at en pasient har behov for forutsigbarhet, noe som igjen vil føre til trygghet. Birkeland & Flovik (2011) påpeker at det å måtte forholde seg til flere ansatte er et vanlig problem i hjemmesykepleien, spesielt i større kommuner. Det er vanlig med varierende kontakt med ulike mennesker i hjemmesykepleien. Noen pasienter ønsker gjerne mye kontakt med sykepleiere, mens andre mindre kontakt. I de tilfeller hvor de psykososiale problemene er utfordringen, kan det være mer sårbart med utskifting av sykepleiere. Det kan tyde på at det

ikke er antall sykepleiere som er avgjørende for pasientene. Men det å ha en stabil gruppe med kjente tjenesteytere å forholde seg til. Kontinuitet i helsehjelpen, er en sentral del i sykepleieutøvelsen. Ved å benytte en pasientansvarlig sykepleier (PAS), vil pasientene ofte få mer kontinuerlig og individuell helsehjelp. PAS har som et sentralt mål å sette i gang og følge opp tiltak som er rettet mot pasientens hjelpebehov. Birkeland & Flovik (2011) uttrykker at PAS bidrar til økt kvalitet på tjenestene, økt pasienttrygghet og bedrer et eventuelt tverrfaglig samarbeid.

Et resultat viser at trygghetsalarm og hjelpemidler bidro til økt trygghet og selvstendighet. . Ingstad (2013) hevder at teknologiske innovasjoner i helsesektoren gjerne kalles velferdsteknologi. Velferdsteknologi kan gi pasientene mulighet til selv å mestre egen hverdag, og tillegg bidra til større trygghet både for dem og de pårørende. Velferdsteknologi kan også benyttes som en del av det helsefremmende arbeidet (Ingstad, 2013). I denne sammenheng kan det være et bidrag til at pasientene kan forbli i hjemmet og til å øke selvstendigheten. Ingstad (2013) påpeker at velferdsteknologi kan være verdifulle verktøy som sykepleiere kan benytte seg av for å gi pasientene bedre pleie. Aaron Antonvsky sier at for å styrke opplevelsen av sammenheng, må situasjonen være håndterlig for pasientene (Kristoffersen, 2011). Det forutsetter at de har mestrings- strategier (Kristoffersen, 2011). Et eksempel på dette er å benytte trygghetsalarm og rullator. På den andre siden kan velferdsteknologien skape etiske dilemmaer (Ingstad, 2013). En utfordring går på økonomi; om hjelpemidlene skal dekkes av det offentlige eller av pasienten selv. Dersom teknologien må dekkes av pasienten selv, er det et problem at noen får større tilgang på hjelpemidler enn andre. En annen utfordring går på omsorg. Resultatet viste at sosiale relasjoner til venner og familie bidrar til trygghet. På bakgrunn av dette er det vesentlig at sykepleiere ikke lar teknologi få erstatte omsorg, varme hender og sosial kontakt. Teknologien skal være et supplement til pleie, og sykepleiere skal aldri erstattes av maskiner eller teknologi (Ingstad 2013).

Kan sykepleiere egentlig skape trygghet? I følge Thorsen (2011) oppstår tryggheten en møter, i seg selv. Sykepleiere kan legge til rette forholdene hos den enkelte, slik at opplevelsen av trygghet kan få rom hos pasienten. Hvordan sykepleieren skal gå fram for å fremme trygghet, er det kanskje ingen som har oppskrift på. Et råd Thorsen (2011) kommer med, er at sykepleieren må ha en tilnærming til pasienten som er preget av varhet og ydmykhet. For en pasient kan det være godt nok å føle at noen lytter til han (Thorsen, 2011). Norsk lov sier

også at helsehjelpen skal utføres på en omsorgsfull måte. Omsorg kan vises gjennom praktiske handlinger, eller gjennom handlinger der sykepleieren signaliserer at han bryr seg om pasienten. Birkeland & Flovik (2011) peker på at sykepleieren må ha en relasjon til pasienten som bygger på involvering og anerkjennelse.

6.0 Metodediskusjon

I søkeprosessen er databasene Swemed +, Cinahl og Medline benyttet. Alle databasene som har blitt benyttet inneholder referanser til tidsskrifter innen sykepleie og andre helsefag, samt det medisinske området.

Det ble valgt å ikke avgrense søket til en spesifikk type hjertesvikt eller grad av hjertesvikt, da det var ønskelig å få et innblikk i hva som kom tydelig fram i forskningen. I søkeprosessen kunne en se at grad 2 og 3 var gjengangere i forskningsresultatene. Både i resultat- og i diskusjonsdelen ble forskjellen på NYHA- gradene nevnt bare når de hadde betydning for egen selvtillit. I ettertid ser vi at det kunne vært hensiktsmessig å legge mer vekt på forskjellen i resultatet for de ulike gradene, for å få en enda bedre innsikt i hvordan hjemmeboende hjertesviktpasienter med ulikt sykdomsforløp blir påvirket.

I resultatet ble det inkludert artikler fra land utenfor Norden. De landene disse artiklene tar utgangspunkt i, har til dels andre kulturelle og sosiale forhold enn de vi har i Norden. Men studiene ble likevel valgt fordi funnene ikke avviker fra resten av artiklene, og at det er tatt utgangspunkt i NYHA- gradene i samtlige artikler.

I resultatet ble det også tatt med en artikkel som kun handlet om kvinners opplevelse av hjertesvikt, noe som betyr at den er preget av det. Det ble valgt å ta med artikkelen siden den svarte på hensikten med studien, i tillegg til at den hadde mange likhetstrekk med resultat i andre artikler.

Som metode ble det heller ikke valgt å skille mellom at pasientene bodde alene eller sammen med andre. Det kan tenkes at de som bor sammen med andre kan bo hjemme lengre. Dette kunne påvirket resultatet ved at det kunne være et markant skille mellom de som bor alene og de om bor sammen med noen. Oppgaven kunne sett på dette for å se om skillet hadde betydning når det gjelder livskvalitet, hjelp og assistanse til daglige gjøremål.

I oppgaven er det dessuten tatt med en artikkel om pasienter som nylig var diagnostiserte. I starten av søkeprosessen ble denne problemstillingen sett bort fra. Hvis søkeprosessen skulle ha blitt gjennomført på nytt, ville gruppen sett mer på skillet mellom diagnose-tidspunktene.

Dette for å se på forskjellen mellom de pasientene som nylig var diagnostiserte med de som hadde levd lengre med hjertesvikt. Artikkelen ble likevel valgt siden den svarte på hensikten med oppgaven.

7.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan hjertesvikt kan ha innvirkning på livskvaliteten til hjemmeboende pasienter. Forskning viser at flere pasienter ønsker å bo hjemme og klare seg mest mulig i dagliglivet selv. Fysisk aktivitet og natriumredusert kost er tiltak som kan bidra til bedre fysisk funksjon, noe som kan ha positiv innvirkning på pasientenes livskvalitet. Hjertesvikt er uforutsigbart, og det medfører utrygghet hos pasientene. Resultatet viser at opplevelsen av symptomer og mangel på kunnskap, har betydning for hvor utrygg man føler seg. Resultatet viser også at pasienter som lærer seg å leve med sykdommen i større grad, kan oppleve trygghet. Videre kan kontinuerlig kontakt med sykepleiere og velferdsteknologi bidra til å fremme opplevelsen av trygghet.

Hvordan hjertesvikt påvirker livskvaliteten, kan ha sammenheng med i hvor stor grad diagnosen påvirker daglige gjøremål. Oppgaven belyser at sykepleiere bør fremme pasientenes selvstendighet for å styrke deres egenomsorg. Oppgaven belyser også at kunnskap, veiledning og støtte er vesentlig for å gi pasientene kontroll og trygghet i tilværelsen. Dette har betydning for muligheten til å mestre tilpasningen til å leve med hjertesvikt. Videre er det fokusert på viktigheten av at sykepleiere bistår for ressurssvikt, og med energisparende tiltak for å lindre symptomer. Oppgaven er relevant for sykepleierens praksis på grunn av det stadig økende antall hjertesviktpasienter. I oppgaven belyses det også hvordan sykepleiere kan forstå hvilken innvirkning hjertesvikt har på pasientenes livskvalitet, og hvordan de kan bidra til å fremme livskvaliteten.

LITTERATURLISTE

Barstad, Anders. (2014). *Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bertuzzi, D., de Souza, E. N., Moraes, M. A., Mussi, C., & Rabelo, E.R. (2012). The knowledge of patients with heart failure in the homecare context. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11 (3), 572-582.

Birkeland, A., & Flovik, A. N. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe AS.

Brodie, D. A., Inoue, A., & Shaw, D. G. (2006). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (2008), 489-500.

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.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Dahl, K & Skaug, EA. (2011) "Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie". I: Kristoffersen, NJ., Nortvedt, F & Skaug, EA. *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (s. 15-56) Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.

Daidsen-Nielsen, M. (1997). *Blant løver. Å leve med en livstruende sykdom*. København: Tano Aschehoug.

Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D-G. (2013) "Sykepleie ved hjertesykdommer". I: Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 207-245). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fermann, T., & Næss, G. (2008). "Eldreomsorg i hjemmesykepleien". I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H (Red), Geriatrisk sykepleie. (s. 196-237). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C., & Wengstörn, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og kultur.

Gannes, S. (2011). "Nærhet og seksualitet". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (s. 71-104). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Gullestad, L. (2015). "Hjertesvikt". I: Forfang, K., Istad, H., & Wiseth, R (Red.), *Kardiologi, klinisk veileder* (s. 192-206). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heng-Hsin, T., Ming-Shan, J., Chun-Yu, L., Shu-Ching, C., & Hui-Chuan, H. (2012). Mediating Role of Daily Physical Activity on Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, Vol. 27, No. 1*, 16-23.

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

Helbostad, J.L. (2008). "Bevegelse og aktivitet". I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H (Red), Geriatrisk sykepleie. (s. 287-304). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ivarsson, B.H. (2010). *Motiverende intervju*. Stockholm: Gothia förlag.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2008). "Individuell sykepleie". I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H (Red). *Geriatrisk sykepleie*. (s.100-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). "Helse og sykdom". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (s. 31-72). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). "Stress og mestring". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (s. 133-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Breieivne, G., & Nortvedt, F. (2011). "Lidelse, mening og håp". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (s.245-293). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). "Livsstil og endring av livsstil". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (s.197- 244). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2011). "Om sykepleie". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (s.15-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mulligan, K., Mehta, P. A., Fteropoulli, T., Dubrey, S. W., McIntyre, H. F., McDonagh, T. A., Sutton, G. C., Walker, D.M., Cowie, M. R., & Newman, S. (2012). Newly diagnosed heart failure: Change in quality of life, mood, and illness beliefs in the first 6 months after diagnosis. *British Journal of Health Psychology*, *17*, 447-462.

Norberg, E-B., Boman, K., & Löfgren, B. (2008). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *Volume 22 issue 2*, 203-210.

Norberg, E-B., Boman, K., Löfgren, B., & Brännström, M,. (2014). Occupational performance and strategies for managing daily among the elderly with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *volume 21 issue 5*, 392-399.

Piotrowicz, E., Stepnowska, M., Leszcynska-Iwanica, K., Piotrowska, D., Kowalska, M., Tylka, J., Piotrowski, W., & Piotrowicz, R. (2015) Quality of life in heart failure patients undergoing home-based telerehabilitation versus outpatient rehabilitation – a randomized controlled study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *Vol. 14(2)*, 256-263.

Rifai, L., Pisano, C., Hayden, J., Sulo, S., Silver, M. A., (2015). Impact of the DASH diet on endothelial function, exercise capacity and quality of life in patients with heart failure. *Baylor University Medical Center Proceedings.*, volume 28 number 2, 151-156.

Rustøen, T. (2001). *Håp og mestring - en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solvoll, B. A. (2011). "Identitet og egenverd". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3.* (s. 16-27). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Sjøen, RL., & Thoresen, L. (2012). "*Sykepleierens ernæringsbok*". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Söderberg, A. C., Karlsson, M. R., & Löfenmark, C. (2015). Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care. *Nordic Journal Nursing Research, vol 35 (4), 203-209.*

Thorsen, R. (2011). "Trygghet". I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3.* (s. 105-132). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Tveiten, S. (2012). "Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid". I: Gammersvik, Å., & Larsen, T. (Red). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis.* (s. 173 - 193). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Weierbach, F. M., Glick, D. F., & Lyder, C. H. (2011). Family and Friends to the Rescue. *Research in Gerontological Nursing, Vol. 4(4), 261-270.*

Ørn, S., & Brunvand, L. (2011). "Hjerte- og karsykdommer". I: Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 159-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG 1: Søketabell

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalgte artikler
Cinahl 24.02.2016	2005-2016 Abstract available. Research article. Peer Reviewed Age Groups: Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	“Heart failure” AND “Self care” AND “Knowledge”	18	1
Cinahl 24.02.2016	2005-2016 Abstract available. Research article. Peer Reviewed Age Groups: Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	“Heart failure” AND “Activities of daily living”	59	2
Medline 24.02.2016	2005-2016 Age: 65 +	“Heart failure” AND “Home care services”	396	1
Swemed+ 24.02.2016	2006-2016 Alder: 65+ Språk: Norsk, Svensk, Dansk, Engelsk.	“Heart failure” AND “Activities of daily living”	11	1
Swemed+ 24.02.2016	2006-2016 Alder: 65+ Språk: Norsk, Svensk,	“Heart failure” AND “Life experience”	228	1

	Dansk, Engelsk.			
Cinahl 24.02.2016	2005-2016 Abstract available. Research article. Peer Reviewed Age Groups: Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	“Heart failure” AND “Self care” AND “Quality of life” OR “Coping”	45	1
Cinahl 02.03.2016	2005-2016 Abstract available. Research article. Peer Reviewed Age Groups: Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	“Heart failure” AND “Physical Activity” AND “Quality of life”	6	2
Medline 02.03.2016	2005-2016. Full text. Age: 65 + Language: English	“Heart failure” AND “Life change events”	18	1
Cinahl 02.03.2016	2005-2016 Abstract available Full text available Age Groups: 65+ years Language: English	“Life experiences” AND “Chronic heart failure” OR “Heart failure”	73	1

VEDLEGG 2: Analysetabell

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Norberg, E-B., Boman, K., Löfgren, B., & Brännström, M., Scandinavian Journal of Occupational Occupational performance and strategies for managing daily among the elderly with heart failure. 2014 Sverige	Beskrive opplevelser av begrensninger når det kommer til prestasjonsevne og strategier for å håndtere de daglige aktiviteter.	Kvalitativ studie	40 deltakere. (30 bortfall). 10 gjenstående deltakere. 7 kvinner og 3 menn mellom 74-91 år.	Hjertesviktpasientene slet med å innse sine begrensninger. De strevde for å bevare et aktivt liv. De senket sitt ambisjonsnivå for å omorganisere aktiviteter.	Godkjent av etisk komite i Umeå.
Heo, S., Lennie, TA., Okoli, C., & Moser DK. Heart and Lung, Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. 2009 Canada	Belyse hvordan hjertesvikt-pasienter definerer og oppfatter livskvalitet.	Kvalitative data	20 deltakere. 14 menn og 6 kvinner.	Hjertesvikten begrenset mye energi. Fysiske symptomer hadde negativ effekt på livskvalitet. Majoriteten pasientene evaluerte sin livskvalitet som god eller svært god.	Godkjent av etisk komite.

<p>Rifai, L., Pisano, C., Hayden, J., Sulo, S., Silver, M. A. Baylor University Medical Center Proceedings. Impact of the DASH diet on endothelial function, exercise capacity and quality of life in patients with heart failure. 2015. USA</p>	<p>Undersøke effekten av DASH-dietten har på livskvalitet og trening.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>48 deltakere</p>	<p>De som gikk på DASH dietten fikk bedre resultat på gåtest og bedre livskvalitet etter 6 måneder på dietten.</p>	<p>Godkjent av etisk komite.</p>
<p>Söderberg, A. C., Karlsson, M. R., & Löfenmark, C. Nordic Journal Nursing Research. Experiences of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care. 2015 Sverige</p>	<p>Beskrive opplevelsen av trygghet og utrygghet hos pasienter med hjertesvikt som får tilpasset hjemmesykepleie.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>8 deltakere</p>	<p>Å kunne ringe hjemmesykepleie døgnet rundt var trygt. Kontinuitet i hjemmesykepleien var trygt. Stadig nytt personale og tidspress for personale var utrygt.</p>	<p>Godkjent av forskningsetisk råd ved Sophiahemmet Högskola.</p>
<p>Brodie, D. A., Inoue, A., & Shaw, D. G. International Journal of Nursing Studies. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic</p>	<p>Undersøke om fysisk aktivitet og livsstilsforandring ville forbedre livskvaliteten hjertesviktpasientene.</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>60 pasienter</p>	<p>Alle tiltakene bidro til bedre livskvalitet. Motiverende intervju var det beste tiltaket.</p>	<p>Etisk godkjent.</p>

heart failure: A randomised controlled trial. 2008					
Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg G. Journal of Advanced Nursing. Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. (2012) Sverige	Belyse kvinners opplevelser av å leve med kronisk hjertesvikt med fokus på følelsen av sikkerhet og usikkerhet.	Kvalitativ	8 deltakere	Det er trygt å kjenne på at kroppen fungerer. Nye strategier for mestring gir trygghet. Frykten av å leve med en sviktende kropp gir utrygghet. Hjemmesykepleie gir trygghet.	Etisk godkjent av komite ved et universitet.
Bertuzzi, D., de Souza, E. N., Moraes, M. A., Mussi, C., & Rabelo, E.R. Online Brazilian Journal of Nursing. The knowledge of patients with heart failure in the homecare context. (2012) Brasil	Vurdere pasientens kunnskap om selve sykdommen samt sin egenomsorg, før og etter oppfølging.	Kvantitativ	41 pasienter	Etter en sykepleieintervensjon hadde pasientene forbedret kunnskap om sykdommen. Det var størst økning i kunnskap om fysisk aktivitet.	Etisk godkjent.
Norberg, E-B., Boman, K., & Löfgren, B. Scandinavian Journal of	Beskrive eldre personers evne til daglige gjøremål med tanke på avhengighet	Kvantitativ	40 deltakere (23 frafall)	75 % var avhengige av bistand til deres daglige gjøremål. 20 % av de med	Godkjent av etisk komite ved Umeå

<p>Caring Science Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. (2008). Sverige</p>	<p>av andre, belastning, ytelseskvalitet samt assosiasjonen mellom NYHA grad og evne til daglige gjøremål</p>			<p>NYHA grad 3-4 var avhengig av hjelp med hygiene og påkledning. 90 % av de med NYHA grad 3-4 var avhengig av hjelp til transport, handling og vasking.</p>	<p>Universitet.</p>
<p>Piotrowicz, E., Stepnowska, M., Leszcynska-Iwanica, K., Piotrowska, D., Kowalska, M., Tylka, J., Piotrowski, W., & Piotrowicz, R. European Journal of Cardiovascular Nursing Quality of life in heart failure patients undergoing home-based telerehabilitation versus outpatient rehabilitation – a randomized controlled study. (2015) Polen</p>	<p>Undersøke om kardiologisk rehabilitering har en effekt på livskvalitet og fysisk ytelse</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>152 pasienter</p>	<p>Etter treningsprogrammet evaluerte pasientene mindre begrensinger i fysiske funksjon. De fant det mindre vanskelig å fungere sosialt på grunn av redusert smerte og bedre mental helse.</p>	<p>Etisk godkjent.</p>
<p>Weierbach, F. M., Glick, D. F., & Lyder, C. Research in Gerontological Nursing, H. . Family and Friends to the Rescue. (2011)</p>	<p>Beskrive erfaringene til eldre som trengte assistanse til gjennomføring av daglige gjøremål.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>20 pasienter</p>	<p>Det mest konstante funnet i intervju med pasientene var at alle ønsket muligheten til å forbli hjemme. Noen hadde vanskeligheter med å innrømme at de trengte hjelp etter å ha vært</p>	<p>Godkjent av “review board” fra universitetet</p>

USA				selvstendig hele sitt liv.	
Heng-Hsin, T., Ming-Shan, J., Chun-Yu, L., Shu-Ching, C., & Hui-Chuan, H. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> Mediating Role of Daily Physical Activity on Quality of Life in Patients With Heart Failure. , (2012). Taiwan	Se på forholdet mellom daglig fysisk aktivitet, funksjonell status og livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.	Kvalitativt	108 pasienter	Pasientene hadde mest selvtillit i forhold til aktivitet innendørs. Pasientene hadde minst selvtillit i forhold til seksuell aktivitet.	Etisk godkjent.
Mulligan, K., Mehta, P. A., Fteropoulli, T., Dubrey, S. W., McIntyre, H. F., McDonagh, T. A., Sutton, G. C., Walker, D.M., Cowie, M. R., & Newman, S. <i>British Journal of Health Psychology</i> , Newly diagnosed heart failure: Change in quality of life, mood, and illness beliefs in the first 6 months after diagnosis. (2012). England	Undersøke hvordan pasientens humør og livskvalitet endres ved diagnosetidspunkt samt etter 6 måneder.	Kvantitativ	166 pasienter	De mest rapporterte symptomene relaterte til hjertesvikt var fatigue, søvnvansker samt dyspne. NYHA grad 3 har mer innflytelse på hjertesvikt enn NYHA grad 2. Daglig fysisk aktivitet var positivt assosiert med funksjonell status.	Etisk godkjent.

VEDLEGG 3: Meningsbærende enheter

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
<p>Fatigue, dyspne, tap av styrke, ødemer i ankler samt søvnvansker er symptomer relatert til hjertesvikt.</p> <p>Utfordringer i forhold til daglige gjøremål kom på grunn av fysiske begrensninger.</p> <p>Bekymring var en faktor som hadde innvirkning på egen livskvalitet.</p> <p>Noen hadde angst for å bli ensom og avhengig av andre.</p> <p>Symptomer som dyspne, fatigue og brystmerter påvirker livskvaliteten i negativ regning.</p> <p>Frykten av å leve med en syk og sviktende kropp var vanskelig for mange.</p> <p>Pasientene hadde størst behov for assistanse i forhold til mobilitet, samt vedlikehold av hjemmet.</p> <p>Resultatet viser at pasientene erkjente og aksepterte deres begrensninger.</p>	<p>Symptomer og begrensninger på grunn av hjertesvikt har innvirkning på livskvalitet. Opplevelsen av sykdom samt grad av symptomer har betydning for pasientenes livskvalitet.</p> <p>Hvordan hjertesvikt påvirker livskvaliteten er subjektivt vurdert av pasientene.</p>	<p>Begrensninger som følge av hjertesvikt.</p>
<p>Det mest konstante funnet i intervju med pasientene var at alle ønsket muligheten til å forbli boende hjemme.</p> <p>Pasientene reduserer tempoet på aktivitetene for å være i stand til å gjennomføre de.</p>	<p>Det er et sterkt ønske for pasientene å fortsette å bo hjemme og søker etter løsninger for det.</p> <p>Pasientene må forandre sin hverdag for å tilpasse seg de begrensningene hjertesvikt forårsaker.</p>	<p>Tilpasning og mestring</p>

<p>Selvstendighet i dagliglivet var et stort mål for mange. Pasientene senket sitt ambisjonsnivå og kravene til seg selv ved å omorganisere aktiviteter.</p> <p>Psykisk tilstand hadde en innvirkning på pasientens livskvalitet.</p> <p>Det er vist at motiverende intervju er men mer levedyktig mulighet sammenlignet med tradisjonelle treningsprogram.</p> <p>Pasientene beskrev at det å utnytte teknologi på forskjellige måter ga de en mulighet til å gjøre hverdagen mer aktiv.</p>	<p>Hverdagen krever ulike mestringsstrategier av pasientene.</p> <p>Pasientene utnytter velfredsteknologi.</p>	
<p>Den uforutsigbare tilværelsen med hjertesvikt kan skape mye angst og utrygghet.</p> <p>Lite kunnskap om sykdom og hva som skjer med kroppen ga utrygghet og bekymringer.</p> <p>Pasientene beskrev utrygghet i forbindelse med symptomer.</p> <p>Det skapte utrygghet for pasientene når det stadig ble skiftet ut sykepleiere som de måtte forholde seg til.</p>	<p>Å leve med hjertesvikt medfører frykt og utrygghet.</p>	<p>Utrygghet.</p>
<p>Pasientene fant trygghet i å lære seg å leve med sykdommen.</p> <p>Pasientenes kunnskapsnivå om hjertesvikt økte etter hjemmebesøk av sykepleier.</p> <p>Muligheten til å ringe hjemmesykepleie døgnet rundt og få hjelp med en gang ga pasientene trygghet samt ga økt livskvalitet.</p> <p>Pasientene tilpasset sine gjøremål etter dagsformen.</p>	<p>God oppfølging og kunnskap oppleves som trygt for pasientene.</p> <p>Gode sosiale relasjoner bidrar til trygghet.</p> <p>Et godt forhold til hjemmesykepleien gir trygghet.</p>	<p>Trygghet</p>

