



# Bachelorgradsoppgave

Faktorer som påvirker livskvaliteten til  
pasienter med hjertesvikt

Factors affecting quality of life in patients  
with heart failure

Charlotte Stensland Kroktun  
Ann-Elisabeth Østborg

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avd. for Helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



**HINT**

## Abstrakt

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å belyse faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt.

**Innledning:** Hjertesvikt er en kronisk, funksjonsnedsettende sykdom og er endestadiet for de fleste hjertesykdommer. Hjertesvikt har blitt en av de mest utbredte kroniske sykdommene i verden. Hjertesvikt er en sykdom som kan ha negativ innvirkning på livskvaliteten på grunn av alvorlige symptomer, redusert vitalitet, avhengighet til andre og tidligere pensjonering. Pasienter med hjertesvikt opplever høyt nivå av fysisk, funksjonelt og emosjonelt stress, og beskriver sin livskvalitet som lav. Livskvalitet er et generelt konsept som ofte er brukt til å beskrive personers gjennomgående velvære, og er en subjektiv og multidimensjonell definisjon som inkluderer fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner.

**Resultat:** Det er fire faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt. Disse fire er fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske faktorer.

**Konklusjon:** De fysiske faktorene som påvirket livskvaliteten hos pasientene var de symptomene som påvirket hverdagsaktiviteter, og at kroppens funksjon gjorde at pasientene opplevde motstand i ADL. De psykiske symptomene gikk på humør, pågangsmot, og at noen pasienter med høy/høyest NYHA-klassifiseringsgrad hadde større mulighet for å utvikle depresjon enn pasienter med lavere NYHA-klassifiseringsgrad. De sosiale faktorene gikk på at pasientene opplevde at livskvaliteten ble bedret og/eller forverret på grunn av hjertesvikten. De økonomiske faktorene påpekte kostnadene pasientene opplevde i forbindelse med hjertesvikten, og at dette påvirket livskvaliteten.

Nøkkelord: hjertesvikt, livskvalitet, pasient, faktorer.

## Abstract

**Aim:** The aim of this study is to illuminate factors affecting quality of life in patients with heart failure.

**Introduction:** Heart failure is a chronic, incapacitating disease and is the end stage for most of the cardiovascular diseases. Heart failure has become the most widespread chronic disease in the world. Heart failure is a disease who can negatively affect quality of life, due to the serious symptoms, reduced vitality, addiction to others and early retirement. Patients with heart failure experience high level of physical, functional and emotional distress, and describe their quality of life as poor. Quality of life is a general concept who describe a persons wellbeing, and is a subjective and multidimensional definition which include physical, psychical and social dimensions.

**Result:** Four factors affecting patient's quality of life. Those factors are physical, mental, social and economic factors.

**Conclusion:** The physical resistance patients experienced due to the heart failure, worsened their quality of life, and that the had difficulties engaging in ADL. The psychical factors affecting their quality of life was both positive and negative. Positive because they had to change their way of thinking, negative because there was easier developing depression for heart failure patients. Social factors could affect quality of life both negative and positive. Negative because they experienced resistance from family and friends, and positive because they also felt closer to their family and friend, and received more support than earlier. Economics affected quality of life negatively because the patients had a lot of medical expenses, and that many of them lost their job due to the heart failure. The study enlightens that it is important for nurses to get to know the patients as an individual to give the most effective and meaningful nursing.

Keywords: heart failure, quality of life, patients, factors.

# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1. Hensikt.....	3
1.2. Definisjoner.....	3
<b>2. METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1. Inklusjons – og eksklusjonskriterier.....	4
2.2. Datainnsamling og søkestrategier.....	4
2.3. Analyse.....	7
2.4. Ethiske overveielser.....	9
<b>3. RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
3.1. Fysiske faktorer som påvirker livskvaliteten.....	10
3.2. Psykiske faktorer som påvirker livskvaliteten.....	11
3.3. Sosiale faktorer som påvirker livskvaliteten.....	13
3.4. Økonomiske faktorer som påvirker livskvaliteten.....	14
<b>4. DISKUSJON</b> .....	<b>15</b>
4.1. Resultatdiskusjon.....	15
4.2. Metodediskusjon.....	21
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>22</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>23</b>
<b>VEDLEGG 1: INKLUDERTE ARTIKLER</b> .....	<b>28</b>
<b>VEDLEGG 2: MENINGSBÆRENDE ENHETER</b> .....	<b>36</b>

**ANTALL ORD: 6842**

# 1. INNLEDNING

Hjertesvikt er en tilstand der pumpefunksjonen til hjertet svikter slik at kroppens vev ikke får den blodmengden som er nødvendig for å opprettholde normal funksjon (Ørn & Brunvald, 2011).

Hjertesvikt er en kronisk, funksjonsnedsettende sykdom og er endestadiet for de fleste hjertesykdommer. Hjertesvikt har blitt en av de mest utbredte kroniske sykdommene i verden. Det kliniske forløpet på hjertesvikt er karakteristisk med akutte forverringer som krever legevaktbesøk eller sykehusinnleggelse, dette ofte etterfulgt av en periode med stabil sykdom (Hickey et al., 2012). Hjertesvikt er en stor årsak til sykkelighet og dødelighet i verden (While & Kiek, 2009). Symptomer på hjertesvikt er med på å begrense hverdagen til pasienter (Friedman, 2003).

The New York Heart Association(NYHA) klassifiseringsgrad er en vanlig måte å finne ut stadiet av kronisk hjertesvikt hos hver enkelt pasient. Denne klassifiseringen brukes til å avgjøre hvor mye hjertesvikten påvirker livsstil og er ikke rettet mot en spesiell dekompenstert episode. Avhengig av symptomene kan pasienten bevege seg opp og ned på NYHA skalaen.

Klasse 1: Ingen symptomer ved anstrengelse

Klasse 2: Symptomer ved tung anstrengelse

Klasse 3: Symptomer ved lett anstrengelse

Klasse 4: Symptomer ved ingen anstrengelse (While & Kiek, 2009).

Sykepleierne har en viktig rolle i forhold til oppfølging, behandling og veiledning av pasienter med hjertesvikt, både ved sykepleiedrevne hjertepoliklinikker, i sykehjem, i hjemmesykepleie og i helsevesenet for øvrig (Ørn & Brunvald, 2011). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det «*Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket*». Henderson mente at tyngdepunktet i sykepleietenkning ligger i beskrivelsen av sykepleierens ansvarsområde eller rolle. I følge hennes sykepleiedefinisjon er sykepleierens rolle å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp vis de hadde hatt tilstrekkelig med ressurser til det. Henderson betegner grunnleggende sykepleieprinsipper i 14 punkter. Punktene er knyttet til grunnleggende menneskelige behov og utgjør sykepleierens mest sentrale gjøremål. De 8 første punktene gjelder fysiologiske behov, mens de 6 siste gjelder behov av psykososial natur (Kristoffersen, 2011).

Hjertesvikt er en sykdom som kan ha negativ innvirkning på livskvaliteten på grunn av alvorlige symptomer, redusert vitalitet, avhengighet til andre og tidligere pensjonering (Friedman, 2003). I forhold til andre vanlige kroniske sykdommer som hypertensjon, diabetes og KOLS, har pasienter med

hjertesvikt dårligere livskvalitet. Sykehusinnleggelse, både første gang og reinnleggelse, er en stor påkostning for hjertesviktpasienter og det har en stor innvirkning på livskvaliteten til pasientene (Lainscak & Keber, 2003). Pasienter med hjertesvikt opplever høyt nivå av fysisk, funksjonelt og emosjonelt stress, og beskriver sin livskvalitet som lav. Hjertesvikt er en kronisk og progressiv sykdom, som senker livskvaliteten og påvirker alle aspekter av pasientens liv (While & Kiek, 2009).

Livskvalitet er et generelt konsept som ofte er brukt til å beskrive personers gjennomgående velvære, og er en subjektiv og multidimensjonell definisjon som inkluderer fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner (Hickey et al, 2012). Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en definisjon på livskvalitet «*Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdssystemet de lever i, i relasjon til deres mål, forventninger, normer og interesser*» (Kristoffersen, 2011, side 57).

*”Fordi livskvalitet lenge har hatt et uavklart innhold, har mange uttrykt skepsis til å benytte begrepet som grunnlag for forskning. Når begrepet i dag er i utstrakt bruk i forskning innenfor både medisin og sykepleie, skyldes det at begrepsinnholdet gradvis har blitt forskjøvet til mer spesifikt å knytte seg til menneskers funksjon, velvære og oppfatning av egen helse. Det betegnes da som helserelatert livskvalitet. Det helserelaterte livskvalitetsbegrepet avgrenses da til innvirkningen som sykdom og behandling har på livskvalitet (Kristoffersen, 2011, side 59)”.*

Hjertesvikt er en kronisk sykdom som fører til mange problemer for den som rammes. Opplevelsen av livskvaliteten er sentral for hver enkelt pasient, og sykepleieren har en sentral rolle i å legge til rette for opplevelse av god livskvalitet. For å skape god livskvalitet for disse pasientene er det av betydning at sykepleierne har god kunnskap om dette temaet. Derfor er det viktig å belyse faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt i en bacheloroppgave.

## **1.1.Hensikt**

*«Hensikten med denne studien er å belyse faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt»*

## **1.2.Definisjoner**

ADL – er en forkortelse for det engelske ”Activities of Daily Living”. Det svarer til det norske uttrykket egenomsorg og innebærer for eksempel å komme seg opp og ned av seng, vaske seg, kle på seg, greie seg på toalettet og spise (Romøren, 2008).

## 2. METODE

Dette er en allmenn litteraturstudie, som har til hensikt å beskrive kunnskaper innenfor et bestemt emne. I en allmenn litteraturstudie er hensikten å beskrive og analysere utvalgt forskning, gjerne på en usystematisk måte (Forsberg & Wengstrøm, 2008). Metoden hjelper til med å finne ut hvordan det bør gå til verks for å fremskaffe eller etterspørre kunnskap. Metoden er et redskap som er behjelpelig med å anskaffe data, det vil si den informasjonen som trengs til undersøkelsen (Dalland, 2012).

### 2.1. Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Hjertesvikt
- Livskvalitet
- Engelsk
- Pasientperspektiv

Eksklusjonskriterier:

- Barn og ungdom
- Pårørendes erfaringer
- Nylig diagnostisert

### 2.2. Datainnsamling og inkluderte artikler

I søkeprosessen har det blitt brukt Databasen for statistikk om høgre utdanning for å kvalitetssikre de inkluderte artiklene. Databasen refererer til nivå 1\* og 2\*\*. Alle artiklene er vurdert etter artikkelnivå, unntatt en artikkel som ikke var å finne. Artikkelen heter ”*Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure*”, og er publisert i ”*Japan journal of nursing*”. Artikkelen er likevel tatt med i studien, da den omhandler pasientenes opplevelse av å leve med hjertesvikt.

Tabell 1. Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl 5 mars 2014	Abstrakt  2005 - 2014	Heart failure+ AND Quality of Life+ AND Patients+	98	98	71	20	6
Medline 6 mars 2014	Abstrakt  Engelsk	Heart failure AND Quality of Life AND Social Support	55	55	24	10	6
Medline 6 mars 2014	Abstrakt  Engelsk  Full tekst  2007 - 2014	*Heart failure AND * Quality of Life	225	200	101	12	1



Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/fracfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Bekelman, D., B., Havranek, E., P., Becker, D., M., Kutner, J., S., Peterson, P., N., Wittstein, I., S., Gottlieb, S., H., Yamashita, T., E., Fairclough, D., L., & Dy, S., M. Journal of cardiac failure, Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure 2007 USA	Studien har til hensikt å (1) beskrive utbredelsen og plagene av symptomer, i polikliniske pasienter med hjertesvikt, (2) teste hypotesen om at større depresjon er assosiert med et større antall symptomer og større symptomplager; og (3) teste hypotesen om at et større antall symptomer er forbundet med dårligere livskvalitet.	Kvantitativ	111 deltakere 48 fracfall	Pasienter med hjertesvikt rapporterte et stort antall plagsomme symptomer som var assosiert med depresjon og dårligere livskvalitet.	Nivå 1 *  Fagfelleverdert

Bennet, S., J., Baker, S., L. & Huster, G., A. Health care for women international, Quality of life in women with heart failure  1998 USA	Hensikten med studien er å beskrive opplevelsen av symptomer på hjertesvikt og undersøke forholdet mellom symptom innvirkningen, opplevelsen av helsestatus, opplevelsen av sosial støtte, og generell livskvalitet hos 30 kvinner som nylig hadde vært innlagt på sykehus for hjertesvikt.	Kvantitativ	50 deltakere 20 frafall	Dårligere livskvalitet er assosiert med stor symptompåvirkning av hjertesvikten, fysiske symptomer er framtreddende. Opplevelse av nedsatt fysisk helsestatus ble assosiert med nedsatt livskvalitet. Emosjonelle symptomer, kognitiv svikt, sosial støtte og mental helse ble ikke nevnt som faktorer som kunne senke livskvaliteten.	Nivå 2**  Fagfellevurdert
--	--	-------------	----------------------------	---	---------------------------------

\* Vitenskapelig publiseringskanal

\*\* Vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje

Se vedlegg 1. Oversikt over alle inkluderte artikler

### 2.3. Analyse

I en studie med både kvalitativ og kvantitativ forskning må analysen være beskrivende, forutsigbar og forklarende, samt synliggjøre perspektiv og tolkning (Forsberg & Wengström, 2008).

Under analysen ble artiklene lest i sin helhet, og meningsbærende enheter ble trukket fram. Under analysen ble kategoriene svært tydelig og derfor ble det ikke nødvendig med subkategorier. Analysen ga fire kategorier.

Tabell 3. Analyse – eksempel på kategori

Meningsbærende enheter	Kategori
<p>Fysiske symptomer som dyspné, brystmerter, fatigue og kvalme påvirket dagliglivet og dermed livskvaliteten.</p> <p>Flere pasienter rapporterte at deres fysiske tilstand hadde en innvirkning på livskvaliteten.</p> <p>De fleste pasientene evaluerte sin livskvalitet som veldig god eller god til tross for begrensninger i ADL.</p> <p>Noen pasienter evaluerte sin livskvalitet som negativ på grunn av begrensninger i hverdagen og i forhold til deres tidligere situasjon/tilstand.</p> <p>Når alvorlighetsgraden av hjertesvikten øker synker livskvaliteten, og selvstendigheten for ADL.</p> <p>Pasienter som nevnte at de ikke fikk medisiner til rett tid, som ikke kontrollerte vekt og som avsto fra røyking, hadde dårligere livskvalitet enn pasienter som fikk medisin til rett tid, som kontrollerte vekt og ikke avsto fra røyking.</p> <p>Komorbiditet og lav funksjonell kapasitet var de faktorene som var forbundet med lav livskvalitet.</p> <p>Jo større fysiske begrensninger og symptomforverring ble sjansen for at pasientene prøvde å mestre sykdommen gjennom en rekke faktorer som å ta medisiner, hvile og å jobbe mot å akseptere begrensningene.</p> <p>Det å ha en komorbid diagnose viste seg å ha en negativ innvirkning både på fysisk og emosjonell livskvalitet. Grunnen til dette er at det er vanskelig å forbedre symptomene hos pasientene.</p> <p>Lav livskvalitet var assosiert med mye symptomer på hjertesvikten, spesielt symptomer som går på det fysiske.</p>	<p>Fysiske faktorer som påvirker livskvaliteten</p>

Se vedlegg 2. Analyse av alle artiklene

## **2.4.Etiske overveielser**

I søkeprosessen er det lagt vekt på ikke å ha noen meninger om hva resultatene av studiene viser. Det som er viktig i en litteraturstudie er å være bevisst sine verdier på det menneskelige, politiske og faglige plan. En slikt bevissthet vil sette forskeren i bedre stand til å skille ut vitenskapens verdier og forholde seg til dem. Det er vektlagt å ikke ha personlige meninger til hva resultatene viser, for at resultatet skal framstilles på en saklig og objektiv måte (Dalland, 2012).

## 3. RESULTAT

### 3.1. Fysiske faktorer som påvirker livskvaliteten

Flere pasienter rapporterte at deres kliniske status hadde innvirkning på livskvaliteten. De opplevde at å ha hjertesvikt var et hinder for å forbedre livskvaliteten (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009). Dårligere livskvalitet ble assosiert med symptompåvirkning i hverdagen. Pasientene opplevde at fysiske symptomer som dyspné, ødemer, fatigue og brystmerter hadde en negativ innvirkning på livskvaliteten (Heo et al., 2009; Bosworth et al., 2004; Bennett, Baker, & Huster, 1998; Bennet et al., 2001). Fravær av dyspné, brystmerter og alle de fysiske symptomene som påvirket hverdagen opplevdes for pasientene som god livskvalitet. Dyspné påvirket livskvaliteten fordi det påvirket evnen pasientene hadde til å utføre aktiviteter. Flere pasienter rapporterte at de plagdes med kvalme, og at dette hadde stor påvirkning på livskvaliteten (Heo et al., 2009). Når hjertesvikten ble forverret førte dette til at pasientene ikke hadde samme evne til egenomsorg, og dette førte til utfordringer i hjemmet og i jobbsituasjoner (Fotos et al, 2012).

Større symptompåvirkning av hjertesvikten ble gjennomgående nevnt som en faktor assosiert med lavere livskvalitet, med tanke på at den funksjonelle statusen ble nedsatt (Bennet et al., 1998; Fotos et al. 2012; Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005). Flere pasienter rapporterte at de var bekymret for hvordan framtiden skulle bli, med tanke på symptomforverring, og hvordan de skulle håndtere symptomene, og var bekymret for å bli kognitivt svekket (Bosworth et al., 2003).

Flere av pasientene var plaget av symptomer som kom av bivirkninger av medisinene de tok for hjertesvikten. Dette var bivirkninger som munntørrehet og obstipasjon (Bosworth et al., 2003; Bekelman et al, 2007). Det ble også rapportert en del symptomer som var i forhold til komorbiditet, som for eksempel trøtthet og fatigue (Bekelman et al, 2007). Komorbiditet og lav funksjonell status var faktorer som var merkbart assosiert med lavere livskvalitet hos flere pasienter (Fotos et al., 2012; Son et al., 2012). Pasientene mente at færre komorbiditeter, høyere alder og bedre funksjonell status var faktorer som kunne ha positiv innvirkning på livskvaliteten hos de med hjertesvikt (Heo, Moser, Chung, & Lennie, 2012).

Desto større fysiske begrensinger og symptomforverring, var det mer sannsynlig at pasientene med hjertesvikt prøvde å håndtere sykdommen sin gjennom en rekke andre mestringsmekanismer som for eksempel å ta medisiner, hvile og jobbe mot å akseptere de begrensningene de opplevde i hverdagen (Carels, 2004).

Flesteparten av pasientene mente at de kunne opprettholde egenomsorgen ved for eksempel å ta medisiner for hjertesvikten, følge en saltrestriksjonsdiett, utføre vanlige aktiviteter, vektkontroll og mestre symptomene på hjertesvikt. Dette førte til at pasienten opplevde bedre livskvalitet. Pasienter som nevnte at de ikke fikk medisiner til rett tid, ikke kontrollerte vekten og som avsto fra røyking hadde dårligere livskvalitet enn de pasientene som fikk medisiner til rett tid, som kontrollerte vekten og som ikke avsto fra røyking. De fleste pasientene evaluerte sin livskvalitet som veldig god eller god, til tross for begrensninger i ADL, men på en annen side var det også pasienter som mente at livskvaliteten hadde blitt forverret, på grunn av begrensninger i hverdagen som de tidligere ikke hadde erfart (Heo et al, 2009; Fotos et al., 2012).

Pasientene med høyere NYHA-klassifiseringsgrad, høyere alder og høyere antall medisiner mente at de hadde lavere livskvalitet enn de med lavere klassifiseringsgrad. Når klassifiseringsgraden økte fikk pasientene en større symptombyrde, og dette tilsa at de fikk dårligere livskvalitet. Ved en større symptombyrde oppsto det flere begrensninger i ADL, og pasientene prøvde flere mestringsstrategier for å mestre sykdommen i hverdagen. Dette gjorde de gjennom en rekke faktorer som å ta medisiner, hvile og jobbe mot å akseptere omfanget av hjertesvikten (Demir & Unsar, 2011; Zambroski et al., 2005; Carels, 2004).

Pasienter som opplevde at den fysiske funksjonen deres var redusert, assosierte dette med lavere livskvalitet. De pasientene som i tillegg til hjertesvikten også følte seg deprimert rapporterte oftere at de hadde fysiske symptomer på hjertesvikt, og at de opplevde mer variasjon i hvilke fysiske symptomer de opplevde (Bennet et al., 1998; Carels, 2004).

### **3.2.Psykiske faktorer som påvirker livskvaliteten**

Mange pasienter rapporterte at hvis de hadde et godt humør og bra pågangsmot ble det enklere å håndtere de fysiske utfordringene. Dårlig humør hadde også innvirkning på livskvaliteten. Hvis pasientene hadde dårlig humør ble det vanskeligere å forbedre livskvaliteten, i form av å håndtere stressende situasjoner som oppsto i hverdagen, enten i sosiale -, familie -, og/eller jobbsammenhenger. Pasientene mente at å ha en positiv holdning hjalp dem å opprettholde god livskvalitet. Pasientene jobbet mye med å opprettholde en positiv innstilling til situasjonen, og tok i betraktning at det kunne vært verre, eller sammenlignet sin situasjon med andre som hadde høyere NYHA-klassifiseringsgrad. Det var viktig for pasientene å sette seg mål og jobbe for å oppnå dem. De sammenlignet det med at hvis du møter en vegg så snur du ikke og går, men du kjemper og klatrer over den (Heo et al., 2009).

Pasientene sa at de gjorde det de kunne gjøre i hverdagen. De ville ikke at hjertesvikten skulle hindre dem i å gjøre det de ønsket å gjøre. De fant måter å håndtere situasjonen på, som for eksempel tilstrekkelig med hvile. Flere pasienter evaluerte sin livskvalitet som god, til tross for hjertesvikten og de utfordringen dette ga. Pasientene mente at situasjonen kunne vært verre, derfor evaluerte de sin livskvalitet som god, til tross for hjertesvikten (Heo et al., 2009).

Depresjon var noe som ble nevnt av pasientene. De mente at depresjon var vanlig når man hadde hjertesvikt, dette som et resultat av effekten hjertesvikten hadde på pasientene. Pasienter med høy NYHA-klassifiseringsgrad rapporterte at de oftere enn pasienter med lavere NYHA-klassifiseringsgrad hadde enklere for å tenke dystre tanker fordi de ble emosjonelt utmattet av alle bekymringene som fulgte med hjertesvikten, og at de måtte begynne med livsstilsendring (Fotos et al., 2012). Pasienter med hjertesvikt rapporterer symptomer som er assosiert med depresjon, og at de dermed fikk lavere livskvalitet (Bekelman et al., 2007; Fotos et al., 2012). Pasienter med høyere alder eller lavere utdanningsnivå var mer deprimert og hadde en lavere funksjonell status, og lavere livskvalitet (Son et al., 2012). Symptomer på depresjon var assosiert med nedsatt fysisk og emosjonell livskvalitet. Nedsatt emosjonell livskvalitet kom av at pasientene selv mente de ikke hadde kontroll på situasjonen, eller at de følte seg som en byrde for familiemedlemmer (Carels, 2004).

Noen pasienter rapporterte at emosjonell symptompåvirkning, kognitiv svikt, sosial støtte og mentale helsestatus ikke var assosiert med livskvalitet (Bennet et al., 1998). Andre pasienter mente sosial støtte hadde stor assosiasjon med livskvalitet, spesielt innenfor emosjonelle faktorer (Årestedt, Saveman, Johansson, & Blomqvist, 2012).

Når det kom til de emosjonelle aspektene av livskvalitet, var det viktig for flere pasienter at de hadde sosial støtte, dette for å forbedre livskvaliteten (Årestedt et al., 2012). Sosial støtte kunne være en buffer for stress assosiert med hjertesvikten (Bosworth et al., 2004). Flere pasienter rapporterte en stor mengde stressende symptomer som var assosiert med depresjon og dårligere livskvalitet (Bekelman et al., 2007; Bennet et al., 1998).

Flere pasienter mente at tro, bønn og håp hadde en positiv innvirkning på livskvaliteten. Spiritualitet ble rapportert som en viktig mestringsstrategi for å forbedre livskvaliteten. Pasienter sa at det å ha noe/noen å tro på gjorde det lettere å akseptere sykdommen, dette fikk de til å føle på fred i sinnet. Bønn var for noen av pasientene den viktigste faktoren for å opprettholde god livskvalitet, dette for å holde troen og motet oppe (Heo et al., 2009; Bosworth et al., 2004).

### **3.3.Sosiale faktorer som påvirker livskvaliteten**

Deltakelse i sosiale aktiviteter, som å gjøre ting med familie, være med venner, ha mulighetene til å dra ut og det å ha noe å gjøre ble identifisert som en viktige faktorer som kunne forbedre livskvaliteten. Det å ha en jobb var også relatert til god livskvalitet (Heo et al., 2009). Pasientene mente at det var en vesentlig sammenheng mellom sosial støtte og livskvalitet (Årestedt et al., 2012). De fleste pasientene hadde moderat til høyt nivå av sosial støtte, mens andre pasienter rapporterte at de hadde veldig liten eller ingen støtte (Bennet et al., 2001; Årestedt et al., 2012). Sosialdemografiske faktorer som kjønn, alder og utdanningsnivå hadde lavt til moderat innvirkning på livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt (Son et al., 2012).

Pasientene opplevde materiell støtte fra nettverket som en faktor som hadde innvirkning på livskvaliteten. Noen pasienter nevnte at det mest hjelpende for de var å ha noen som kunne hjelpe til med husarbeid, både fordi de slapp den fysiske utmattelsen og at dette ga et triveligere miljø å være i. Noen pasienter nevnte også at det å ha et støttende nettverk som hjalp dem med å møte behovene de hadde var positivt for livskvaliteten (Heo et al., 2009). Flere pasienter rapporterte at de så at sosial støtte og livskvalitet hadde en sammenheng. De mente at hvor bedre sosial støtte de hadde, hvor bedre livskvalitet hadde de, uavhengig av alder, kjønn og sykdomsalvorlighet (Årestedt et al., 2012). Andre pasienter opplevde at de fikk mer sosial støtte ettersom sykdommen utviklet seg negativt, fordi behovet for bistand økte (Bennet et al., 2001). Pasientene mente at ugifte har lavere livskvalitet enn gifte, dette på grunn av den sosial støtten man kan få av en ektefelle (Fotos et al., 2012). Pasientene rapporterte at sosial støtte fungerte som en buffer mot stresset assosiert med hjertesvikten, både fordi familie og venner hjalp til med å utføre oppgaver, men også fordi de fikk tankene over på noe annet enn hjertesvikten og hverdagens utfordringer (Bosworth et al., 2004).

Pasientene nevnte også at sosial støtte kunne ha en negativ innvirkning på livskvaliteten. Dette på grunn av familie og venner som hadde problemer med å forstå omfanget av sykdommen, eller hvor dårlig pasientene til tider kunne være, og at familiene forventet at pasientene kom til å bli friske igjen på kort tid, og at de ikke forsto alvorlighetsgraden av sykdommen og hvordan det påvirket hverdagen til pasientene (Bosworth et al., 2004).

Det å ha noen i samme situasjon hadde en innvirkning på livskvaliteten. Noen pasienter mente at å være flere sammen for å motivere til kostholdsendringer kunne ha en positiv innvirkning på livskvaliteten. Når man går på diett er det mye som må kuttes ut fra kostholdet, og pasientene mente at det da ville hjelpe å være flere sammen om dette slik at man kunne dele erfaringer og erstatninger i kostholdet(Heo et al., 2009). Flere pasienter nevnte at de hadde funnet forskjellige mestringsstrategier. Mestringen inkluderte forberedelser på hvordan de skulle overkomme de utfordringene hverdagen gir.



Dette for eksempel som å gå ut med søppel. En pasient sa at han hadde fått noen til å plassere stoler langs hagen, slik at han kunne ta seg hvilepauser når han skulle ut med søppel. Pasientene nevnte at det å snakke med andre pasienter i samme situasjon og sammenligne situasjoner gjorde at de kunne lære av hverandre (Bosworth et al., 2004).

Alle pasientene i studiene nevnte deres frustrasjon i forhold til at de hadde mistet muligheten til å delta i jobb,- eller sosiale situasjoner og dette hadde negativ innvirkning på livskvaliteten (Bosworth et al., 2004).

### **3.4.Økonomiske faktorer som påvirker livskvaliteten**

Flere pasienter sa at god/dårlig økonomi hadde påvirkning på deres livskvalitet. Noen pasienter hadde vanskeligheter med å kjøpe medisinene sine, og dette hadde en negativ innvirkning på livskvaliteten. Noen pasienter måtte få økonomisk bistand av barna sine for å dekke medisinske utgifter, og dette syns flere det var hardt å godta (Heo et al., 2009).

Pasienter med hjertesvikt opplevde økonomiske vanskeligheter på grunn av arbeidsledighet og økende medisinske utgifter, dette påvirket livskvaliteten negativt (Chu et al., 2014). Det å miste jobben og påfølgende tap av inntekt framsto som kritisk for flere pasienter. Ønske om å jobbe fylte ikke bare behovet for penger, men også en kilde til mening og verdighet (Bosworth et al., 2004).

## 4. DISKUSJON

### 4.1. Resultatdiskusjon

Resultatet viser at det er fire hovedfaktorer som påvirker livskvaliteten til pasienter med hjertesvikt. De fire faktorene er fysiske faktorer, psykiske faktorer, sosiale faktorer og økonomiske faktorer. Livskvalitet er påvirket av mange forhold som ikke sykepleiere kan gjøre noe med i sitt praktiske virke, men livskvalitet er også påvirket av forhold som sykepleieren kan gjøre noe med. Blant annet pasientens omgivelser, informasjon og veiledning til pasient og pårørende. En studie undersøkte hva sykepleiere kunne gjøre for å bedre livskvaliteten til pasientene. Pasientene kom her frem til at det var viktig at sykepleierne var tilgjengelige, at de deltok på støttegrupper med pasientene og underviste pasientene innenfor behandling i forhold til langtidseffekter og symptomer, samt hjelpe pasientene med mestringsstrategier (Wahl & Rokne, 2011).

Resultatet viser at pasientene mente at noen av de fysiske symptomene kunne komme som bivirkninger av medikamenter eller komorbiditet. Bivirkninger kan ofte bli oversett når pasienter som bruker legemidler, har en bakenforliggende sykdom eller lidelse. Det kan derfor bli vanskelig å se om symptomene skyldes endring i sykdommen eller om endringen kan komme som bivirkning av medikamenter pasienten bruker (Simonsen, Aarbakke & Lysaa, 2010). Å gi sykepleie til komorbide pasienter er en utfordring, krever mer planlegging og en større innsats. Sykepleieren bør gjøre seg kjent med diagnosene pasientene har og hvilke konsekvenser det kan få for pasientens funksjon, livskvalitet og forventet levetid. Ikke - medikamentell behandling av hjertesvikt har stadig fått mer betydning de siste årene, og utviklingen av hjertesviktklinikker, hjertesviktenheter og hjertesviktprogrammer, de fleste av dem sykepleier-ledet, har ekspandert i I-land med suksess. Fokus på ikke-medikamentell behandling av hjertesvikt, som oppfølging og økt egenomsorg er viktig for å mestre svikten. Fokus på kosthold, vektkontroll, røyking eller alkoholvaner, etc. Kunnskap om hjerterytelse, hjertesvikt og behandling bør teoretisk hjelpe pasienter til å være mer kompatibel og øke egenomsorgen (González, Lupón, Herreros, Urrutia, Altimir, Coll, ... Valle, 2005). Pasientene må derfor få god informasjon om sykdom og behandling. Pasientene trenger veiledning i medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingstiltak, som riktig ernæring, daglig vektkontroll, fysisk trening, alkoholforbruk, reiser, vaksiner, røykeslutt og seksuell aktivitet (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011).

Resultatet av studien viser at symptomer og nedsatt fysisk funksjon opptrer hos mange av pasientene, og at dette påvirker hverdagen og reduserer livskvaliteten. Nedsatt fysisk funksjon resulterte i fysiske begrensninger, og dermed nedsatt livskvalitet. De symptomene som preget pasientene mest var dyspné, ødemer, fatigue og brystmerter. Ved kronisk funksjonsnedsettelse som hjertesvikt er det svært vanlig å oppleve tretthet, fatigue (Ranhoff, 2010). Som sykepleier for en pasient med hjertesvikt har man som funksjon og ansvarsområde å observere, vurdere og identifisere utvikling eller forverring av sykdommen (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). Henderson mente at sykepleierens ansvarsområde går på å hjelpe pasienten når han ikke har kunnskap, krefter eller vilje til å utføre daglige aktiviteter, som fremmer god helse (Kristoffersen, 2011). Som sykepleier for en hjertesviktspasient må man ivareta pasientens grunnleggende behov ved å igangsette tiltak som har som mål å redusere hjertets arbeid, optimalisere hjertets minuttvolum, forebygge komplikasjoner og gi pasienten informasjon og kunnskap om hans situasjon (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). En av de viktigste sykepleietiltakene er å hjelpe pasienten til å redusere anstrengelser. Forskning har gjentatte ganger støttet effekten av treningsintervensjoner blant pasienter med hjertesvikt. Med trening forbedres den maksimale arbeidskapasiteten, symptomene reduseres, færre sykehusinnleggelser for pasientene og bedre livskvalitet. Videre har fysisk aktivitet direkte effekt på de patofysiologiske mekanismene ved hjertesvikt (While & Kiek, 2009). For pasienter med hjertesvikt er det både fordeler og ulemper knyttet til fysisk aktivitet. Litt aktivitet kan virke gunstig på hjertesvikten, og dermed kan dødeligheten reduseres og funksjonsnivået og livskvaliteten opprettholdes. Sykepleiere burde oppmuntre pasientene med moderat til velregulert hjertesvikt til å være fysisk aktive. Samtidig er det viktig å vite at hjertesvikten begrenser toleransen for aktivitet (Brodtkorb, 2010; Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). Sykepleieren bør hjelpe pasienten til å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile, og avpasse sin hjelp til den kapasiteten pasienten til en enhver tid har. Det er viktig å både ta hensyn til pasientens helsetilstand og vedkommendes egne ønsker. Søvnforstyrrelser er vanlig hos pasienter med hjertesvikt, og mange trenger en hvil i løpet av dagen for å kompensere for avbrudd og forkortet nattesøvn. For noen er det viktig å være aktive og selvhjulpne, mens andre opplever det godt å få hjelp. For svært dårlige pasienter er det rimelig å legge til rette slik at de kan bruke det lille overskuddet de har, på aktiviteter som gir glede og oppleves meningsfullt for den enkelte (Brodtkorb, 2010; Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011).

Resultatet viser at dyspné hadde sammenheng med pasientens evne til å utføre fysiske aktiviteter. Opplevelsen av dyspné er høyt individuell og vil variere fra person til person, derfor er det viktig å gi individuell sykepleie (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). For pasienter som sliter med dyspné kan Fowlers leie både gi hvile og lette respirasjonen (Brodtkorb, 2010).

Resultatet viser at flere pasienter var plaget med brystmerter. For å kunne lindre pasientens smerter er det viktig at sykepleieren tilrettelegger for hvile. Sykepleieren skal kartlegge smertens karakter og

pasientens opplevelse av smerten. Videre er det nødvendig med informasjon om hva som lindrer eller forverrer smerten. Ofte kan brystsmertene ledsages av angst (Eikeland, Haugland og Stubberud, 2011).

Resultatet viser at pasientene ofte er plaget av ødemer. Hos pasienter som er plaget av perifere ødemer er det viktig å kartlegge aktivitetsnivå og evnen til å bevege ankel og fot for å vurdere i hvilken grad pasienten kan aktivisere muskel-vene-pumpene. En god balanse mellom aktivitet og hvile kan hindre unødig ødemutvikling. Informasjon om øvinger og aktiviteter som retter seg mot økt bruk av muskel-vene-pumpene kan bidra til å redusere ødemenes omfang (Johansen, 2011). Sykepleieren må observere hvor mye pasienten anstrenger seg, som også kan si noe om graden av hjertesvikt. Sykepleieren må observere pasientens respirasjon, om huden har blitt tørrere, og om pasienten har det mer komfortabelt. Dette er tegn på at tiltakene med å avlaste pasientens anstrengelser har hatt effekt (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). Som sykepleier for eldre er det viktig å drive forebyggende helsearbeid. Dette går ut på å forbygge sykdom, skade og tidlig død, samt bedre og bevare pasientens helse, funksjonsnivå og livskvalitet. For å kunne gjøre dette må legge omgivelsene til rett for best mulig helseutvikling, styrke motstandskraften mot forhold som kan true den gamles helse, stimulere til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll. Gjennom dette kan man på alle måter bidra til forbedret livskvalitet hos eldre (Ranhoff, 2010).

Resultatet viser at pasientene prøvde å opprettholde et godt humør for å ivareta sin livskvalitet. Livskvaliteten er redusert hos pasienter med hjertesvikt og depresjon opptrer hos mange. Hjertesvikt som er en kronisk tilstand, påvirker alle aspekter av livet og krever gjentagende tilpasning. De pasientene som sliter med å tilpasse seg de fysiske begrensningene sliter ofte med dårlig humør og manglende pågangsmot, og kan derfor være i faresonen for utvikling av depresjon (Friedman, 2003). Personer med lav livskvalitet har en høyere risiko for å utvikle psykiske plager (Nes & Tambs, 2011). Resultatet viser at pasienter med høyere NYHA-klassifiseringsgrad var mer utsatt for å utvikle en depresjon. Det er hos disse pasientene viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å uttrykke og gjenkjenne følelser, hjelper pasienten til å møte og bearbeide følelsen av meningsløshet, styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll over sin livssituasjon og å styrke pasientens selvaktelse og tilknytning til andre mennesker (Hummelvoll, 2012). For å fremme mestring hos pasienten må sykepleieren samle inn data om forhold som innvirker på pasientens kognitive vurdering. Når viktige faktorer hos personen og i miljøet er kartlagt, har sykepleieren mulighet til å iverksette konkrete tiltak for å påvirke opplevelsen av trussel og for å styrke pasientens muligheter til å mestre situasjonen på en aktiv og direkte måte. Sykepleieren vil ofte kunne avdekke at pasientens opplevelse av trusler bygger på mangelfull kunnskap om situasjonen. Folk flest har lite kunnskap om kroppens funksjon og om hva ulike medisinske diagnoser innebærer (Kristoffersen, 2011). Studier viser at pasientene mener at sykepleiere burde bruke et holistisk pasientperspektiv for å hjelpe pasientene med å forstå og håndtere innvirkningen hjertesvikt har på hverdagen (Chen, Clark, Tsai, & Lin, 2010).

En studie viste at psykososial tilfredshet var det laveste blant faktorer som påvirket livskvaliteten hos pasientene, derfor ble det anbefalt at man stadig målte den emosjonelle statusen hos pasientene. Selv om de fysiske symptomene er de som kommer fram best, er det viktig at helsepersonell også tar hensyn til pasientens opplevelse av symptomene, på lik linje med kliniske observasjoner. Pasienter kan ha tilpasset seg symptomene, og derfor kan de tilpasse seg hverdagens aktiviteter. Dette kan resultere i at de overser alvorligheten av symptomene sine, og utsette behandlingen, selv om symptomene gradvis blir verre (Chen et al., 2010). For å gjøre det lettere for pasienten å leve med kronisk hjertesvikt, må man som sykepleier styrke pasientens egenomsorg. Egenomsorg er hva pasienten selv kan ta ansvar for når det gjelder å opprettholde fysisk stabilitet, unngå handlinger som forverrer tilstanden, og gjenkjenne symptomer på forverring, opprettholde velvære og følge opp den medisinske behandlingen. Pasienten trenger kunnskap og informasjon for å gjenkjenne symptomer på sykdommen, og kjennskap til hvordan disse henger sammen med daglige aktiviteter og den behandlingen som gis (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011; Holst, Willenheimer, Mårtensson, Lindholm, & Stömberg, 2007). For å tilpasse seg den nye livssituasjonen, må pasienter med hjertesvikt tilpasse seg, og gjøre betydelige justeringer. Disse bør være basert på kunnskap, og dermed gi kompetente og trygge informerte valg. For å få til dette, er sykepleiere ofte involvert i utdanningsprogrammer og fungerer som lærere eller coacher for pasienter med hjertesvikt. Et viktig mål med utdanning for pasienter er å forbedre egenomsorgen (Holst et al., 2007). Kunnskap kan bidra til at pasienten tar ansvar for sin egen tilstand, og bidra til forståelse for at behandlingen er livslang. Pasienten trenger også informasjon om hvordan han kan søke hjelp ved forverring av sykdommen (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011).

En annen studie viser at psykososiale intervensjoner er en faktor som kan bidra til å forbedre livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt. Forskingen rapporterte at pasientene fikk en følelse av bedre livskvalitet etter intervensjonen. Intervensjonene handlet om pasientutdanning i forhold til psykososiale sider av sykdommen, utvikling av støttende og engasjerende forhold, utveksle informasjon, jobbe mot håp og mestring, gi pasientene tid til å uttrykke sine bekymringer og redusere angstnivået hos pasientene. Pasientutdanning viste seg å være det beste for at pasientene skulle hjelpe seg selv, og mestre sykdommen, og dermed bidro til økende livskvalitet (Samartzis, Dimopoulos, Tziogourou, & Nanas, 2013). Resultatet viser at flere pasienter mente at å være flere sammen for å motivere til kostholdsendringer kunne ha en positiv innvirkning på livskvaliteten. Pasienter med hjertesvikt bør ikke ha for mange matrestriksjoner da problemet ofte kan være redusert matlyst og underernæring, grunnet kvalme. Saltreduksjon og eventuell væskerestriksjon er noe pasienten må forholde seg til. Sykepleieren kan i samarbeid med pasienten finne fram til en fornuftig kostliste, med alternative krydder-, og smakstilsetninger (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). Annen forskning viser at mange pasienter så positivt på de psykososiale intervensjoner, men så mørkt på at

intervensjonene ble holdt på sykehuset, grunnet at de gruet seg til den fysiske utmattelsen reisinga ville føre med seg. De mente at møtene og opplæringen ville være mer hjelpsom hvis de kunne få hjemmebesøk for samtaler og oppfølging (Lainscak & Keber, 2003). Økende forekomst av hjertesvikt taler for en større andel pasienter som trenger oppfølging i hjemmet (While & Kiek, 2009). Utvikling av en støttegruppe kan tilby muligheter for pasientene og familien deres for å dele opplevelser og begrensninger med hverandre (Chen et al., 2010). Behandling av kronisk hjertesvikt krever ofte at pasienten må endre livsstil. Endring av diett og dagliglivets aktiviteter kan komme i konflikt med pasientens egne kulturelle verdier og overbevisninger. Redusert livsutfoldelse og livskvalitet kan skape frustrasjon, angst, utrygghet for framtiden og etter hvert påvirke livskvaliteten (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). Ved sykdom og funksjonstap kreves det en aktiv følelsesmessig bearbeiding fra pasientens side for at han skal kunne mestre sin livssituasjon. Funksjonsforandringene som innebærer forandringer i livsutfoldelsen, forutsetter at pasienten og hans nærmeste må legge om levestilen og livsstil. I slike prosesser kan det være viktig å få hjelp fra en utenforstående samtalepartner. Sykepleieren kan i mange situasjoner fylle denne rollen godt. Det er viktig å hjelpe pasienten til å klargjøre hva han tenker, og til aktivt å velge hvilke verdier han skal bygge livet sitt på i framtiden. Sykepleieren må også være villig til å ta imot pasientens frustrasjon og fortvilelse (Kristoffersen, 2011). Hjertesvikt er assosiert med høyt nivå av fysisk, funksjonelt og emosjonelt stress som knyttes opp mot dårligere livskvalitet, spesielt for de med langt kommet sykdom (While & Kiek, 2009).

Resultatet viser at pasientene hadde bekymringer for å bli kognitivt svekket. Det er viktig at pasientene i en stabil fase uten akutt sykdom får en bred geriatrisk tverrfaglig vurdering som innebærer vurdering av funksjonsnivå og symptomer, og som fører til en pleieplan. Denne planen bør ha særlig fokus på tiltak som bedrer eller bevarer pasientens livskvalitet og funksjon, og som forbygger uheldige hendelser og komplikasjoner (Ranhoff, 2010). Aldringsprosessen påvirker kommunikasjonsevnen, selv om intellektet og evnen til å forstå, lære og løse problemer fortsatt kan være god, går gjerne fysiske og mentale prosesser noe langsommere enn før. Dermed blir sykepleierens interesse, innlevelsessevne og vilje til å lytte aktivt, viktig for pasienten. Gamle mennesker er sårbare. Respekt er derfor et viktig stikkord. Særlig sårbare er eldre med svekkelser. Dette stiller desto høyere krav til sykepleierens evne til empati og vilje til å komme pasienten i møte på hans egne premisser. Dette er viktig for å ivareta hensynet til den eldres livskvalitet, helse og verdighet (Eide & Eide, 2011).

Resultatet viser at tro, bønn og håp er viktig for flere pasienter. Sykepleiere møter mange forskjellige pasienter, både de som har en klar religion eller livssynsmessig forankring, og de som ikke har et avklart forhold til hva de skal mene eller tro, men som likevel er opptatt av eksistensielle spørsmål. Kunnskap om religion eller livssyn er derfor viktig bakgrunnskunnskap i møte med pasienter som definerer seg innen for etablerte religioner og livsstil, og de pasienten som er opptatt av eksistensielle

spørsmål. Forskning underbygger at religion tro og praksis kan være til hjelp ved sykdom og lidelse. Religion og tro kan bidra til trøst, eller akseptere vanskelige situasjoner, gi trygghet og håp (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011). Håp er et fenomen som er mye vektlagt i både sykepleieteori og sykepleieforskning. Håp har betydning for mennesker som lider. I slike situasjoner blir sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Det er også sykepleierens oppgave å hjelpe pasientene som opplever håpløshet med å gjenvinne håpet (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011).

Resultatet viser at økonomien hadde stor innvirkning på livskvaliteten. På grunn av hyppige sykehusinnleggelser, er kostnaden for hjertesviktbehandling høy både for samfunn og pasient. For pasienter som kommer fra land uten statlig helseforsikring, blir kostnadene høye for å behandle sykdommen, og kostnadene er forventet å stige. De fleste pasienter med hjertesvikt møter først primærhelsetjenesten. Forskning viser at det faktiske tallet på hjertesvikt er underdiagnostisert blant allmennpraktiserende leger, fordi hjertesvikten blir diagnostisert som noe annet (Holst et al., 2007).

## 4.2. Metodediskusjon

I søkeprosessen har databasene Medline og Cinahl blitt brukt. Medline regnes som en av de fremste referansedatabasene innen det medisinske område. Databasen dekker områder som medisin, biomedisin, helsestell og sykepleie, med referanser fra totalt ca 5000 tidsskrifter. Cinahl har referanser til artikler fra ca 2500 tidsskrifter innen sykepleie og beslektede emner (Kilvik & Lamøy, 2007).

I denne litteraturstudien har det blitt brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Hensikten med denne studien var å belyse faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt. Siden det er brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, kan dette ses på som en svakhet i denne litteraturstudien, fordi kvalitative forskningsartikler går mer i dybden og møter pasientene på et mer helhetlig plan, i motsetning til kvantitative forskningsartikler som baseres på tall og statistikk. På en annen side kan det også styrke studien siden det er dekket et bredt spekter av erfaringer, basert både på personlige erfaringer og et bredt spekter av erfaringer som ikke går i dybden (Dalland, 2012).

Alderen på deltakerne i denne studien er fra 35 år til 92 år. Dette kan gjøre at resultatet viser noe annet enn det hadde gjort om deltakerne i studiene hadde vært omtrent like gamle. Kulturforståelse, verdier og holdninger endrer seg med årene, og de faktorene som er viktig for god livskvalitet hos unge, trenger ikke være de samme faktorene som hos eldre. Dette kan være medvirkende til å senke kvaliteten på oppgaven.

Siden studiene på forskningsartiklene er gjort i et bredt spekter av land, (USA, Hellas, Tyrkia, Korea og Sverige) er det trolig at det er en del kulturforskjeller som påvirker hvilke faktorer som er viktig for god livskvalitet. 8 av de 13 studiene er gjort i USA, som tydelig viser hvorfor hjertesvikt har innvirkning på økonomien, og dermed livskvaliteten. Det at forskningen kommer fra mange forskjellige land kan ha både positiv og negativ innvirkning på studien. Positiv fordi det gir et innblikk i hvilke faktorer som er viktig globalt sett, og negativt fordi resultatet kan bli ikke-spesifikk.



## 5. KONKLUSJON

Resultatet viser at det er fire faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt. Fysiske faktorer, psykiske faktorer, sosiale faktorer og økonomiske faktorer. De fysiske faktorene gikk på at pasientene opplevde symptomer som ødemer, fatigue, brystmerter og dyspné. Dette hadde negativ innvirkning på livskvaliteten, fordi det ga hindringer i hverdagen. De psykiske faktorene som påvirket livskvaliteten positivt var at pasientene mente at godt humør, pågangsmot, og religion bidro til økt livskvalitet. Resultatet viser at noen pasienter nevnte at de slet med depresjon på grunn av hjertesvikten. Dette ble ofte sett hos de som hadde en høyere NYHA-klassifiseringsgrad. De sosiale faktorene som påvirket livskvaliteten var både positive og negative. De positive faktorene var at de opplevde mye støtte og hjelp fra familie og venner, mens de negative var det de opplevde manglende støtte og forståelse fra familie og venner. Flere nevnte også at tap av jobb hadde en negativ innvirkning på livskvaliteten, på grunn av mindre sosialisering. Økonomiske faktorer påvirket livskvaliteten negativt, på grunn av kostnadene behandlingen ga, og at de fleste pasientene var uten jobb grunnet fysiske begrensninger som følge av hjertesvikten.

Forskningsartiklene viste at utdanning var en faktor som påvirket livskvaliteten positivt og negativt hos de med hjertesvikt. Det var for lite forskning i artiklene til dypere diskusjon, men det hadde vært interessant å funnet ut mer om dette, og hvordan det står i sammenheng med livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.

Studien belyser at det er nødvendig med mer forskning på hvordan utdanningen og økonomien til pasienter med hjertesvikt påvirker livskvaliteten, da dette hadde vært interessant å vite mer om. Studien viser også viktigheten av helhetlig sykepleie, da opplevelsen av livskvalitet er subjektiv, og forskjellig fra pasient til pasient. For å kunne yte god sykepleie til pasienter med hjertesvikt, er det vesentlig at sykepleieren blir kjent med pasienten, og ser på pasienten med et helhetlig menneskesyn. Studien viser at som sykepleier må man ta seg tid til å se hele pasienten, og ikke diagnosen. Et menneske består av flere komponenter, og alle virker inn på pasientens opplevelse av livskvalitet. Studien belyser at må man ta seg tid til å høre og forstå pasientens opplevelser og erfaringer, for å kunne bidra til å gjøre pasientens hverdag enklere ved å igangsette tiltak som er hensiktsmessig slik at pasienten kan utføre de gjøremål og aktiviteter de ønsker. Denne studien er relevant for sykepleiepraktisk utførelse, fordi den understreker viktigheten av å bli kjent med pasienten som person, og alle kvalitetene pasienten har, slik at man som sykepleier kan bidra med å øke pasientens opplevelse av livskvalitet, enten på institusjon eller i hjemmet.

## REFERANSER

- Bekelmann, D., B., Havranek, E., P., Becker, D., M., Kutner, J., S., Peterson, P., N., Wittstein, I., S., ... Dy., S., M. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of cardiac failure*, 13(8), 643 – 648.
- Bennet, S. J., Baker, S., L. & Huster, G., A. (1998). Quality of life in women with heart failure. *Health care for women international*, 19(3), 217 – 229.
- Bennet, S., J., Perkins, S., M., Lane, K., A., Deer, M., Brater, D., C. & Murray, M., D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of life research*, 10(8), 671 – 682.
- Bosworth, H., B., Steinhauer, 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.
- Brodtkorb, K. (2008). Respirasjon og sirkulasjon. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, & Ranhoff, A., H. (red.) Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Carels, R., A. (2004). The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of life*, 13(1), 63 – 72.
- Chen, H-M., Clark, A., P., Tsai, L-M. & Lin, C-C. (2010). Self-reported health-related quality of life and sleep disturbance in taiwanese people with heart failure, *Journal of cardiovascular nursing*, 25(6), 503 – 513.
- Chu, S., H., Lee, W., H., Yoo, J., S., Kim, S., S., Ko, I., S., Oh., E., G., ... Kang, S-M. (2014). Factors affecting quality of life in korean patients with chronic heart failure, *Japan journal of nursing science*, 11(1), 54 – 64.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Demir, M. & Unsar, S. (2011). Assessment of quality of life and activity of daily living in turkish patients with heart failure. *International journal & nursing practice*, 17(6), 607 – 614.

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2011). Sykepleie ved hjertesykdom. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie bind*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (2 utg). Stockholm: ScandBook AB.

Fotos, N., V., Giakoumidakis, K., Kollia, Z., Galanis, P., Copanitsanou, P., Pananoudaki, E. & Brokalaki, H. (2012). Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study, *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(2), 686 – 694.

Friedman, M., M. (2003). Gender differences in the health related quality of life of older adults with heart failure. *Heart & lung*, 32(5), 320 – 327.

González, B., Lupón, J., Herreros, J., Urrutia, A., Altimir, S., Coll, R., ... Valle, V. (2005). Patient's education by nurse: what we really do achieve? *European journal of cardiovascular Nursing*, 4(2), 107 – 111.

Heo, S., Lennie, T., A., Okoli, C. & Moser, D., K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients, *Heart & lung*, 32(2), 100 – 108.

Heo, S., Moser, D., K., Chung, M., L. & Lennie, T., A. (2012). Social status, health-related quality of life, and event-free survival in patients with heart failure, *European journal of cardiovascular nursing*, 11(2), 141 – 149.

Hickey, K., T., Reiffel, J., Sciacca, R., R., Whang, W., Biviano, A., Baumeister, M., ... Garan, H. (2012). Correlating perceived arrhythmia symptoms and quality of life in an older population with heart failure: a prospective, single centre, urban clinic study. *Journal of clinical nursing*, 22(3-4), 434 – 444.

Holst, M., Willenheimer, R., Mårtensson, J., Lindholm, M. Strömberg, A. (2007). Telephone follow up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care, *European Journal of cardiovascular nursing*, 6(2), 153 – 159.

Hummelvoll, J., K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lainscak, M. & Keber, I. (2003). Patient's view of heart failure: from the understanding to the quality of life, *European Journal of cardiovascular nursing*, 2(4), 275 – 281.

Johansen, E. (2011). Sirkulasjon. I: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) Grunnleggende sykepleie bind 2 - Grunnleggende behov, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kilvik, A. & Lamøy, L., I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag* (2 utg.). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Kristoffersen, N., J. (2011). Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) Grunnleggende sykepleie bind 1 - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N., J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) Grunnleggende sykepleie bind 1 - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N., J. (2011). Lidelse, mening og håp. I: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) Grunnleggende sykepleie bind 3 –Pasientfenomener og livsutfordringer, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N., J. (2011). Stress og metring. I: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) Grunnleggende sykepleie bind 3 –Pasientfenomener og livsutfordringer, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nes, R., B. & Tambs, K. (2011). Helse og livskvalitet. I: Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.) Livskvalitet – Forskning om det gode liv, Bergen: Fagforlaget.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. (2014). Database for statistikk om høgre utdanning – publiseringskanaler. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Ranhoff, A., H. (2008). Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M., Brodtkorb. & Ranhoff, A., H. (red.) Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A., H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb. & Ranhoff, A., H. (red.) Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A., H. (2008). Tretthet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb. & Ranhoff, A., H. (red.) Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Romøren, T., I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I: Kirkevold, M., Brodtkorb. & Ranhoff, A., H. (red.) Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Samartzis, L., Dimopoulos, S., Tziogourou, M. & Nanas, S. (2013). Effect of psychosocial intervention on quality of life in patients with chronic heart failure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of cardiac failure*, 19(2), 125 – 134.

Simonsen, T., Aarbakke, J. & Lysaa, R. (2010). *Illustrert farmakologi – bind 1* (3 utg.). Bergen: Fagforlaget.

Son, Y-J., Song, Y., Nam, S., Shin, W-Y., Lee, S-J. & Jin, D-K. (2012). Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure, *Journal of cardiovascular nursing*, 27(6), 528 – 538.

Wahl, A., K. & Rokne, B. (2011). Sykepleie. I: Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.) Livskvalitet – Forskning om det gode liv, Bergen: Fagforlaget.

While, A. & Kiek, F. (2009). Chronic heart failure: promoting quality of life. *British journal of community nursing*, 14(2), 54 – 59.

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(3), 198 – 206.

Ørn, S. & Brunvald, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.) Sykdom og behandling, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Årestedt, K., Saveman, B-I., Johansson, P. & Blomqvist, K. (2012). Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure, *European journal of cardiovascular nursing*, 12(1), 69 – 77.

## VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER ALLE INKLUDERTE ARTIKLER

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon / instrument	Deltakere/frafall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Bekelman, D., B., Havranek, E., P., Becker, D., M., Kutner, J., S., Peterson, P., N., Wittstein, I., S., Gottlieb, S., H., Yamashita, T., E., Fairclough, D., L., & Dy, S., M. Journal of cardiac failure, Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure 2007 USA	Studien har til hensikt å (1) beskrive utbredelsen og plagene av symptomer, i polikliniske pasienter med hjertesvikt, (2) teste hypotesen om at større depresjon er assosiert med et større antall symptomer og større symptomplager; og (3) teste hypotesen om at et større antall symptomer er forbundet med dårligere livskvalitet.	Kvantitativ	111 deltakere 48 frafall	Pasienter med hjertesvikt rapporterte et stort antall plagsomme symptomer som var assosiert med depresjon og dårligere livskvalitet.	Nivå 1 Fagfellevurdert

<p>Bennet, S., J., Baker, S., L. &amp; Huster, G., A. Health care for women international, Quality of life in women with hearth failure</p> <p>1998 USA</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive virkningen av symptomer på hjertesvikt og undersøke forholdet mellom symptom innvirkningen, opplevelsen av helse status, opplevelsen av sosial støtte, og generell livskvalitet i 30 kvinner som nylig hadde vært innlagt på sykehus for hjertesvikt.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>50 deltakere 20 frafall</p>	<p>Dårligere livskvalitet er assosiert med stor symptompåvirkning av hjertesvikten, fysiske symptomer er framtreddende. Opplevelse av nedsatt fysisk helsestatus ble assosiert med nedsatt livskvalitet. Emosjonelle symptomer, kognitiv svikt, sosial støtte og mental helse ble ikke nevnt som faktorer som kunne senke livskvaliteten.</p>	<p>Nivå 2 Fagfellevurdert</p>
<p>Bennett, S., J., Perkins, S., M., Lane, K., A., Deer, M., Brater, D., C. &amp; Murray, M., D. Quality of life research, Social support and health-</p>	<p>Beskrive mottatt sosial støtte hos pasienter med hjertesvikt, over en periode på 12 måneder.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>234 deltakere 87 frafall</p>	<p>Pasienter med lav til moderat sosial støtte, rapporterte oftere at de følte seg dårlige. Økende fysiske symptomer på hjertesvikt senket livskvaliteten hos pasientene.</p>	<p>Nivå 2 Fagfellevurdert</p>



related quality of life in chronic heart failure patients 2001 USA					
Bosworth, H., B., Steinhauser, K., E., Orr, M., Lindquist, J., H., Grambow, S., C. & Oddone, E., Z. Aging & mental health, Congestive heart failure patient's perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors 2004 USA	Samle beskrivelser av faktorer som bidrar til god livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.	Kvalitativ	15 deltakere Frafall ikke registrert	Studien viser at pasienter med hjertesvikt ikke bare er oppmerksom på de fysiske aspektene av sykdommen, men også de psykososiale dimensjonene som har innvirkning på livet deres. Rolletap, reaksjon på sykdommen, mestring og sosial støtte var de dimensjonene deltakerne diskuterte i tillegg til de fysiske symptomene på hjertesvikt.	Nivå 2 Fagfellevurdert
Carels, R., A. Quality of life research, The association	Undersøke sammenhengen mellom alvorlighetsgraden	Kvantitativ	58 deltakere Frafall ikke registrert.	Hjertesvikt fører ofte med seg en enorm endring i livskvaliteten hos	Nivå 2 Fagfellevurdert

<p>between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients 2004 USA</p>	<p>av hjertesvikt, funksjonell status og nivå av depresjon i dagliglivets livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.</p>			<p>pasientene. Depresjon ble assosiert med frafall av fysiske og emosjonelle aspekter av livskvaliteten.</p>	
<p>Chu, S., H., Lee, W., H., Yoo, J., S., Kim, S., S., Ko, I., S., Oh, E., G., Lee., J., Choi, M., Cheon, J., Y., Shim, C., Y. &amp; Kang, S-M. Japan journal of nursing science, Factors affected quality of life in Korean patients with chronic heart</p>	<p>Identifisere faktorer som påvirker livskvaliteten hos Koreanske pasienter med hjertesvikt.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>119 deltakere 5 frafall.</p>	<p>Økonomisk status, funksjonell status, kjønn og alder var faktorer som påvirket livskvaliteten hos disse pasientene.</p>	

failure 2014 Korea					
Demir, M. & Unsar, S. International journal of nursing practice, Assesment of quality of life and activities of daily living in Turkish patient with heart failure 2011 Tyrkia	Undersøke hjertesviktpasienter s livskvalitet og ADL.	Kvantitativ	75 deltakere Frafall ikke registrert	Når alvorligheten av hjertesvikten økte, sank livskvaliteten og selvstendigheten til å utføre dagligdagse gjøremål.	Nivå 2 Fagfellevurdert
Fotos, N., V., Giakoumidakis , K., Kollia, Z., Galanis, P., Copanitsanou, P., Pananoudaki, E. & Brokalaki, H. Scandinavian journal of caring sciences, Health-related quality of life	Undersøke livskvalitet hos pasienter med alvorlig hjertesvikt og sammenhengen mellom sosialdemografiske faktorer, sosialøkonomiske faktorer og kliniske utfall.	Kvantitativ	293 deltakere 94 frafall	Komorbiditet og lav funksjonell status var faktorer som viste seg å være sterk knyttet til lavere livskvalitet hos disse pasientene.	Nivå 1 Fagfellevurdert

of patients with severe heart failure. A cross-sectional multisentre study 2013 Hellas					
Heo, S., Lennie, T., A., Okoli, C. & Moser, D., K. Heart & lung, Quality of life in patients with heart failure: ask the patients 2009 USA	Undersøke hvordan pasienter med hjertesvikt definerer og opplever livskvalitet.	Kvalitativ	20 deltakere Frafall ikke registrert	Pasientenes definisjon av livskvalitet består av tre komponenter: 1) Utføre fysiske og sosiale aktiviteter, 2) opprettholde lykke, og 3) delta i givende forhold.	Nivå 1 Fagfellevurdert
Heo, S., Moser, D., K., Chung, M., L. & Lennie, T., A. European journal of cardiovascular nursing, Social status, health-related quality of life, and event-free survival in	Undersøke om det er en sammenheng mellom sosial støtte og livskvalitet.	Kvantitativ	147 deltakere Frafall ikke registrert	Pasientene mente at sosial støtte og livskvalitet hadde en klar sammenheng.	Nivå 1 Fagfellevurdert

patients with heart failure 2010 USA					
Son, Y-J., Song, Y., Nam, S., Shin, W-Y., Lee, S-J. & Jin, D-K. Journal of cardiovascular nursing, Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure 2012 Korea	Beskrive forholdet mellom sosialdemografiske faktorer, kliniske forskjeller, funksjonell status, depresjon og livskvalitet hos eldre koreanske pasienter.	Kvantitativ	150 deltakere 16 frafall	Sosialdemografiske faktorer, kliniske forskjeller, NYHA-klassifiseringsgrad, depresjon og funksjonell status var faktorer som individuelt påvirket livskvaliteten hos disse pasientene.	Nivå 1 Fagfellevurdert
Zambroski, C., H., Moser, D., K., Bhat, G. & Ziegler, C. European Journal of cardiovascular nursing, Impact of symptom prevalence and	Undersøke symptomprevalensen, alvorlighetsgraden, stress og symptombyrdens betydning for livskvalitet hos pasienter med livskvalitet.	Kvantitativ	53 deltakere Frafall ikke registrert	Pasienter med hjertesvikt erfarer unormalt høye tall med symptombyrde. Symptomprevalens og symptombyrde hadde stor innvirkning på nedsatt livskvalitet.	Nivå 1 Fagfellevurdert

<p>symptom burden on quality of life in patients with heart failure 2005 USA</p>					
<p>Årestedt, K., Saveman, B-I., Johansson, P &amp; Blomquist, K. European journal of cardiovascular nursing, Social support ant its association with healt- related quality of life among older patients with chronic heart failure 2011 Sverige</p>	<p>Undersøke sosial støtte hos eldre pasienter med hjertesvikt.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>624 deltakere 349 frafall</p>	<p>Resultatet viser at det å være mann, bo alene, ha en vanskelig økonomisk situasjon og høy alvorlighetsgrad av hjertesvikt var assosiert med lavere nivå sosial støtte. Sosial støtte var merkbart assosiert med livskvalitet, spesielt i de emosjonelle dimensjonene.</p>	<p>Nivå 1 Fagfellevurdert</p>

## VEDLEGG 2: ANALYSE

Meningsbærende enheter	Koder - subkategorier	Kategorier
<p>Fysiske symptomer som dyspné, brystmerter, fatigue og kvalme påvirker dagliglivet og dermed livskvaliteten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere pasienter rapporterte at deres fysiske tilstand hadde en innvirkning på livskvaliteten.</li> <li>- Pasientene gjorde hva de klarer å gjøre.</li> <li>-Flesteparten av pasientene nevnte at det å opprettholde egenomsorgen, som for eksempel å ta medisiner, følge en saltrestriksjonsdiett, utføre vanlige aktiviteter, vektkontroll og mestre symptomene på hjertesvikten var en måte til å opprettholde livskvaliteten.</li> <li>- De fleste pasientene evaluerte sin livskvalitet som veldig god eller god til tross for begrensninger i ADL.</li> <li>- Noen pasienter evaluerte sin livskvalitet som negativ på grunn av begrensninger i hverdagen og i forhold til deres tidligere situasjon/tilstand.</li> <li>- Deltakere med lavere funksjonell status hadde lavere helse relatert livskvalitet.</li> <li>- Bedre funksjonell status, høyere alder, færre komorbiditeter, høyere kvalitet på mottatt støtte og bedre økonomisk status var relatert til bedre helse relatert livskvalitet.</li> <li>- Livskvaliteten forverres av alvorlighetsgraden av hjertesvikten, alder, antall medisiner, og sykehusinnleggelse øker ved at utdanningsnivået synker.</li> <li>- Komorbiditet er assosiert med lavere helse relatert livskvalitet.</li> <li>- Pasienter som nevnte at de ikke fikk medisiner til rett tid, som ikke kontrollerte vekt og som avsto fra røyking, hadde dårligere livskvalitet enn</li> </ul>	<p><b>FYSISKE</b></p>	<p>FYSISKE FAKTORER SOM PÅVIRKER LIVSKVALITETEN</p>

pasienter som fikk medisin til rett tid, som kontrollerte vekt og ikke avsto fra røyking.

- Komorbiditet og lav funksjonell kapasitet var de faktorene som var forbundet med lav livskvalitet.
- Økonomisk status, funksjonell status, kjønn og alder var faktorer som påvirket livskvaliteten.
- Lavere alder og høyere NYHA – klassifiseringsgrad, større symptombyrde og større symptomprevalens forutsa verre livskvalitet.
- Jo større fysiske begrensninger og symptomforverring ble sjansen for at pasientene prøvde å mestre sykdommen gjennom en rekke faktorer som å ta medisiner, tilstrekkelig med hvile og å jobbe mot akseptantse av deres begrensninger.
- Det å ha en komorbid diagnose viser seg å ha en negativ innvirkning både på fysisk og emosjonell livskvalitet. Grunnen til dette er at det er vanskelig å forbedre symptomene hos pasientene.
- Mange av symptomene trenger ikke komme av hjertesvikten i seg selv, men av medisiner som blir tatt mot hjertesvikten. Dette var bivirkninger som munntørrhet og obstipasjon.
- Andre symptomer kan forbindes med komorbiditet, og multifaktorer som trøtthet.
- Symptomer som påvirker livskvaliteten negativt var ødemer, dyspné og fatigue. Pasienten var bekymret for hvordan de skulle håndtere symptomene i fremtiden.
- Symptomer forverret den helserelevante livskvaliteten, den emosjonelle livskvaliteten forble den samme.
- Lav livskvalitet var assosiert med mye symptomer på hjertesvikten, spesielt symptomer som går på det fysiske.



<p>- Oppfattelsen av nedsatt fysisk status var assosiert med lavere livskvalitet.</p>		
<p>- Humøret hadde stor innvirkning på livskvaliteten. De fysiske forandringene gjør at det er viktig for pasientene å ha et godt humør for å håndtere hverdagen.</p> <p>- Noen opprettholder den positive innstillingen ved å tenke at situasjonen kunne vært verre.</p> <p>- Grunnen til den positive evalueringen inkluderte at situasjonen kunne vært verre, muligheten til å utføre ønskede aktiviteter og emosjonell lykke</p> <p>- Depresjon var merkbart assosiert med helserelatert livskvalitet → indikasjon for at deltakerne med mest depressive symptomer hadde et lavere nivå av helserelatert livskvalitet og funksjonell status.</p> <p>- Symptomer på depresjon ble assosiert med nedsatt fysisk og emosjonell livskvalitet.</p> <p>- Nedsatt emosjonell livskvalitet kunne komme av at pasienter mener de ikke hadde kontroll på situasjonen, eller at de ble en byrde for familiemedlemmer.</p> <p>- Større/mer alvorlig depresjon kan forverre livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt</p> <p>- Endringer i depressivt humør og alvorlighetsgraden av hjertesvikten hadde en innvirkning på endringen i livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt.</p> <p>- Pasienter med hjertesvikt rapporterte en stor mengde stressende symptomer som var assosiert med depresjon og dårligere livskvalitet.</p> <p>- Positiv emosjonell støtte kunne være en buffer for stress assosiert med sykdommen.</p> <p>- Symptomer forverret den helserelaterte livskvaliteten, men den emosjonelle livskvaliteten forble det samme.</p>	<p>PSYKISK</p>	<p>PSYKISKE FAKTORER SOM PÅVIRKER LIVSKVALITETEN</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sosial støtte var merkbart assosiert med helsereelatert livskvalitet, spesielt innenfor emosjonelle faktorer.</li> <li>- Emosjonell symptompåvirkning, kognitiv svikt, sosial støtte og mental helse var ikke merkbart assosiert med livskvalitet.</li> <li>- Mange av deltakerne i studien hadde moderat til høyt nivå mottatt sosial støtte, men noen av pasientene rapporterte veldig liten eller ingen støtte.</li> <li>- Studien viste at det er en vesentlig sammenheng mellom sosial støtte og helsereelatert livskvalitet. -</li> <li>- Sammenligning mellom kjønn, alder og sykdomsalvorlighet viste at høyere nivå av sosial støtte viste høyere helsereelatert livskvalitet.</li> <li>- Pasienter rapporterte at sosial støtte kunne ha negativ innvirkning på livskvaliteten, på grunn av familie og venner som hadde problemer med å fullstendig forstå sykdommen, sykdommens problemer og alvorligheten av sykdommen.</li> <li>- Alle pasientene var frustrert over å ha mistet evnen/muligheten til å delta i vanlige jobbsituasjoner eller sosiale situasjoner, og dette påvirket livskvaliteten negativt.</li> <li>- Positiv emosjonell støtte kunne være en buffer for stress assosiert med sykdommen.</li> <li>- Ugifte har dårlige livskvalitet enn gifte.</li> <li>- Bedre funksjonell status, høyere alder, færre komorbiditeter, høyere kvalitet på mottatt støtte og bedre økonomisk status var relatert til bedre helsereelatert livskvalitet.</li> <li>- Pasienter opplevde at sosiale og materiell støtte fra pårørende hadde innvirkning på deres livskvalitet.</li> <li>- Noe pasienter nevnte at det å ha et støtteapparat som møtte deres behov ville forbedret</li> </ul>		
--	--	--

<p>livskvaliteten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Å delta i sosiale aktiviteter(familie, venner, jobb) vil bidra til forbedret livskvalitet.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere pasienter nevnte at god/dårlig økonomi påvirker deres livskvalitet.</li> <li>- Noen pasienter hadde vanskeligheter med å kjøpe medisiner, og dette hadde negativ innvirkning på livskvaliteten.</li> <li>- Bedre funksjonell status, høyere alder, færre komorbiditeter, høyere kvalitet på mottatt støtte og bedre økonomisk status var relatert til bedre helse relatert livskvalitet.</li> <li>- Økonomisk status, funksjonell status, kjønn og alder var faktorer som påvirket livskvaliteten.</li> <li>- Pasienter med hjertesvikt opplevde økonomiske vanskeligheter på grunn av at de hadde mistet jobben og medisinerutgiftene økte på grunn av hjertesvikten, og deres økonomiske vanskeligheter påvirket livskvaliteten negativt.</li> </ul>	ØKONOMISK	ØKONOMISKE FAKTORER SOM PÅVIRKER LIVSKVALITETEN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mange av deltakerne i studien hadde moderat til høyt nivå mottatt sosial støtte, mens noen av pasientene rapporterte veldig liten eller ingen støtte.</li> <li>- Studien viste at det er en vesentlig sammenheng mellom sosial støtte og helse relatert livskvalitet. Når man sammenligner mellom kjønn, alder og sykdomsalvorlighet: høyere nivå av sosial støtte viste høyere helse relatert livskvalitet.</li> <li>- Pasienter rapporterte at sosial støtte kunne ha negativ innvirkning på livskvaliteten, på grunn av familie og venner som hadde problemer med å fullstendig forstå sykdommen, sykdommens problemer og alvorligheten av sykdommen.</li> <li>- Alle pasienter er frustrert over å ha mistet evnen/muligheten til å delta i vanlige jobbsituasjoner eller sosiale situasjoner, og dette</li> </ul>	SOSIAL	SOSIALE FAKTORER SOM PÅVIRKER LIVSKVALITETEN

<p>påvirker livskvaliteten negativt.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Positiv emosjonell støtte kunne være en buffer for stress assosiert med sykdommen.</li><li>- Ugifte har dårlige livskvalitet enn gifte.</li><li>- Bedre funksjonell status, høyere alder, færre komorbiditeter, høyere kvalitet på mottatt støtte og bedre økonomisk status var relatert til bedre helse relatert livskvalitet.</li><li>- Pasienter opplevde at sosiale og materiell støtte fra pårørende hadde innvirkning på deres livskvalitet.</li><li>- Noe pasienter nevnte at det å ha et støtteapparat som møtte deres behov ville forbedret livskvaliteten.</li><li>- Å delta i sosiale aktiviteter(familie, venner, jobb) vil bidra til forbedret livskvalitet.</li></ul>		
--	--	--



**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV KANDIDAT-,  
BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER**

Forfatter(e): Charlotte Stensland Kroktn

Ann-Elisabeth Østborg

Norsk tittel: Faktorer som påvirker livskvaliteten  
hos pasienter med hjertesvikt

Engelsk tittel: Factors affecting quality of life  
in patients with heart failure

Studieprogram: Sykepleie

Emnekode og navn: SPU 110 - Sykepleiefaglig fagprøvingsser

Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 05/06-14

Dato: 14/05-14

Ann-Elisabeth Østborg  
underskrift

Charlotte S Kroktn  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

