

BACHELOROPPGAVE

SPU 110

Nina Aasen Tønne

Livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt

- Fokus på fysiske, psykiske og sosiale faktorer

Quality of life when living with chronic heart failure

- Focus on physical, psychological and social factors

19.05.16

Antall ord: 9560

Abstrakt

Introduksjon: Kronisk hjertesvikt er et syndrom, hvor symptomene og tegnene kommer av at kroppens behov for blod ikke blir møtt på grunn av for lavt minuttvolum. Utviklingen skjer progressivt fra og være asymptomatisk til alvorlig svikt. Omfanget av symptomer påvirker livskvaliteten til pasientene og får store konsekvenser for hele mennesket og påvirker den fysiske helsen. **Hensikt:** Hensikten med studien var å belyse fysiske, psykiske og sosiale faktorer som påvirker livskvalitet i dagliglivet hos pasienter med kronisk hjertesvikt.

Metode: Det ble utført en allmenn litteraturstudie som er basert på 13 forskningsartikler. Både kvantitative og kvalitative. **Resultat:** Pasienter med kronisk hjertesvikt opplever at symptomene og funksjonssvikten påvirker livskvaliteten i stor grad. De opplever også psykiske plager som angst og depresjon. Flere pasienter opplever at sosial kontakt og støtte hadde stor innvirkning på deres livskvalitet. **Diskusjon:** Tar for seg hva sykepleier kan gjøre i møte med pasientenes opplevelser av sin livskvalitet. Funnene i studien blir diskutert opp mot Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori. **Konklusjon:** Pasienter med kronisk hjertesvikt opplever mange faktorer som påvirker deres livskvalitet. Sykepleiere har her en viktig oppgave i å øke pasientenes livskvalitet.

Nøkkelord: Kronisk hjertesvikt, livskvalitet, mestring, helhetlig sykepleie

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	
1.0 Introduksjon	1
1.1 Studiens hensikt og avgrensninger	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Fremgangsmåte ved søk	4
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.3 Granskning av artikler	6
2.4 Analyse av forskningsartikler.....	6
2.5 Etske vurderinger	8
3.0 Resultat.....	9
3.1 Fysiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt	9
3.1.1 Somatiske symptomer som påvirker livskvalitet	9
3.1.2 Hvordan redusert fysisk funksjon sin innvirkning på livskvalitet	10
3.1.3 Hvordan mestring av de fysiske symptomene og funksjonssvikt påvirker livskvalitet.....	11
3.2 Psykiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt	12
3.2.1 Psykiske symptomer påvirker livskvaliteten til pasientene	12
3.2.3 Psykiske mestringsstrategier hos pasienter med hjertesvikt.....	13
3.3 Sosiale faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt	14
3.3.1 Viktigheten av å ha et sosialt nettverk	14
3.3.3 Sosial støtte har innvirkning på livskvalitet	14
3.3.4 Tap av roller og følelse av å være en byrde.....	15
4.0 DISKUSJON	16
4.1 Resultatdiskusjon	16
4.1.1 Fysiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.....	16
4.1.2 Psykiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.....	21
4.1.3 Sosiale faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.....	23
4.1.4 Helhetlig sykepleie	26
4.2 Metodediskusjon	27
5.0 Konklusjon	29
Litteraturliste	30
Vedlegg	

1.0 Introduksjon

Det er i dag mange som lever med hjerte- og karsykdommer som kronisk hjertesvikt. I følge Norsk Elektronisk Legehåndbok (2015) er forekomsten av kronisk hjertesvikt økende ved økende alder hvor forekomsten hos personer over 75 år er 10 %. I følge Statistisk sentralbyrå (2015) er det i dag 14 % av befolkningen som er over 67 år og dette vil i år 2030 øke til 17 %. Dette tyder på at antallet som lever med kronisk hjertesvikt vil øke. Norsk Elektronisk Legehåndbok (2015) sier at det også er flere menn som lever med kronisk hjertesvikt. De sier videre at hjertesvikt er ikke en sykdom, men et syndrom hvor symptomene og tegnene kommer av at kroppens behov for blod ikke blir møtt på grunn av for lavt minuttvolum. Utviklingen skjer progressivt fra og være asymptomatisk til alvorlig svikt. En kan bremse utviklingen ved å gi tidlig behandling. Dette avhenger av årsaken. De vanligste årsakene er ischemisk hjertesykdom, hjerteklaffefeil og hypertensjon (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2015; Ørn & Brunvald, 2012). I følge Norsk Elektronisk Legehåndbok (2015) er vanligste symptomene dyspné ved anstrengelse, økt tretthet, dårlig matlyst, hjertebank og ankelødem. Graden av funksjon på grunn av hjertesvikt kan bestemmes ut fra funksjonalitetsklassifikasjonen New York Heart Association (NYHA), som er den mest brukte. Den kan fortelle hvor alvorlig sykdommen og prognosen er (Gullestad, 2015; Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2015; Ørn, 2011).

BILDE 1: NYHA- KLASSEKATEGORIER (NEW YORK HEART ASSOCIATION) HENTET 25.01.16 FRA

[HTTP://WWW.INDREMEDISINEREN.NO/WP-CONTENT/UPLOADS/2015/10/SCREEN-SHOT-2015-10-23-AT-09.42.47.PNG](http://www.indremedisineren.no/wp-content/uploads/2015/10/SCREEN-SHOT-2015-10-23-AT-09.42.47.PNG)

Tabell 1. Funksjonsklassifisering i henhold til New York Heart Association (NYHA)	
I	Ingen symptomer på hjertesvikt ved vanlig fysisk aktivitet
II	Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet
III	Symptomer på hjertesvikt ved lett fysisk aktivitet
IV	Symptomer på hjertesvikt i hvile og økende symptomer ved all fysisk aktivitet
D	Refraktær hjertesvikt som krever spesiell intervensjon

Omfanget av symptomer påvirker livskvaliteten til pasientene og får store konsekvenser for hele mennesket og påvirker den fysiske helsen (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). Det fins mange definisjoner på livskvalitet. Næss (2011, s. 15) definerer livskvalitet som «psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt». Livskvalitet handler om hvordan personen selv oppfatter sin egen situasjon og beskriver også ulike sider ved livet, som fysiske, sosiale og

eksistensielle sider ved livet. «Videre dreier det seg om hvilke verdier, forventninger, mål og meninger man har i livet» (Wahl & Hanestad, 2007, s. 30). Det er altså et subjektivt mål. WHO definerer livskvalitet som «Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser» (Kristoffersen, 2011a, s. 57). Det er akseptert å bruke livskvalitet som mål for behandling av pasienter. Livskvalitet i forhold til helse og sykdom kalles helsereelatert livskvalitet (Kristoffersen, 2011a). Helsereelatert livskvalitet knyttes til «funksjon, velvære og oppfatning av egen helse» (Kristoffersen, 2011a, s. 59). I denne studien vil WHO's definisjon bli brukt som grunnlag, samt begrepet helsereelatert livskvalitet.

Mestring og Helse spiller også inn på livskvalitet og defineres av WHO (1947, referert i Wahl & Hanestad, 2007, s. 31) som «A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity». Man kan derfor oppleve å ha god helse selv om en har en sykdom som kronisk hjertesvikt.

Deler av Benner og Wrubels omsorgsteori vil bli brukt til å diskutere resultatene i litteraturstudien samt for å kunne relatere de til sykepleie. Omsorg er «ikke bare et forhold mellom personer, men et verdiladet forhold mellom en person og det som for vedkomne er meningsfylt og betydningsfullt, enten dette gjelder andre mennesker, ting, prosjekter eller situasjoner» (Kirkevold, 2003, s. 200). Benner og Wrubel (2003) sier at omsorg bidrar til mestring av ulike situasjoner. De sier også at det å bry seg kan føre til opplevelse av stress. De mener at stress handler om at noe en bryr seg om er truet og at en kan miste det. Som det å ikke ha mulighet til å drive med en aktivitet på grunn av tungpust hos pasienter med hjertesvikt. De definerer pasienter som «personer som opplever stress knyttet til en eller annen form for helsesvikt, tap eller sykdom» (Kirkevold, 2003, s. 207). Sykepleiens mål er å hjelpe pasienten til å gjøre det han eller hun ønsker eller bryr seg om, og skape mening i situasjonen ved hjelp av pasientenes egne ressurser. For å kunne gjøre dette skal sykepleieren ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av egen situasjon. Pasientens tolkning av symptomene er essensiell for å yte adekvat sykepleie og medisinsk omsorg (Benner & Wrubel, 2003).

1.1 Studiens hensikt og avgrensninger

Hensikten med litteraturstudien er å belyse fysiske, psykiske og sosiale faktorer som påvirker livskvalitet i dagliglivet hos pasienter med kronisk hjertesvikt.

Denne kunnskapen er viktig for å kunne utøve sykepleie til pasientgrupper som sykepleiere ofte møter i praksis. Pasientene i de inkluderte studiene bor hjemme hovedsakelig i eget hjem, noen på sykehjem eller i omsorgsbolig og har en kronisk hjertesvikt og er voksne og eldre over 45 år. I 2014 var det 77 864 mottakere av hjemmesykepleie og 33 843 langtidsopphold i institusjon (Statistisk sentralbyrå, 2015, 25. juni). En studie fra Nederland viste at mellom 15-45 % av personer på sykehjem har hjertesvikt og at mange av dem lider av tilleggssykdommer som demens, diabetes og KOLS. Den vanligste årsaken til hjertesvikten var koronar hjertesykdom og hjerterytmeforstyrrelser (Daamen, Schols, Jaarsma & Hamers, 2010).

Det er valgt å ha et pasientperspektiv fordi det er viktig som sykepleier å se hvordan det oppleves å ha kronisk hjertesvikt. I følge Kristoffersen & Nortvedt (2011) skal en som sykepleier tilnærme seg pasienten på en helhetlig måte. For å kunne gjøre det må en ta utgangspunkt i hvordan pasienten opplever sin situasjon. Det er dette livskvalitet handler om. Som sykepleier møter en disse pasientene i arbeidet i hjemmesykepleien eller som sykepleier på et sykehjem. I følge *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) skal sykepleier gi helhetlig sykepleie og bidra til håp, mestring og livsmot hos pasienten. Det er valgt å ikke ha fokus på de eksistensielle faktorene som påvirker livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt. Likevel vil disse bli nevnt i både resultatet og diskusjonen i denne studien. Dette viser at fokus på de eksistensielle faktorene som påvirker livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt er viktig i all helhetlig sykepleie. Denne studien er viktig for utøvelsen av sykepleie til denne pasientgruppen og vil bidra til økt kunnskap om hvordan pasientene opplever egen livskvalitet og hva som påvirker den.

2.0 Metode

En metode er ifølge Dalland (2012) fremgangsmåten når en undersøker et emne. Videre sier han at hvor vellykket fremgangsmåten er, er avhengig av hvor godt forskeren behersker den og om etiske overveielser som er blitt gjort. Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie som basert på 13 studier.

«Skyftet med en allmän litteraturstudie kan vara att sammanställa en beskrivande bakgrund som motiverar att en empirisk studie görs eller att beskriva kunnskapsläget inom ett visst område. I en allmän litteraturstudie beskrivs och analyseras valda studier, men sällan på ett systematisk sätt» (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25)

2.1 Fremgangsmåte ved søk

For å finne relevante studier er det brukt søkeord som «heart failure», «quality of life», «activities of daily life», «psychological well-being», «psychosocial support», «psychological stress» og «Health-related quality of life». Søkeordene ble kombinert med AND og OR. Det ble søkt i databasene Svemed+, CINAHL og Medline mellom 18. januar 2016 til 28. januar 2016. CINAHL er en god database som dekker store deler av engelskspråkelig sykepleiefaglig og helsefaglige tidsskrift. Her søker en på emneord og kombinerer disse med AND eller OR. En kan begrense søket ved å velge f.eks. abstract, publiseringsår, språk, om tidsskriftet er fagfelleurdert. Medline er en annen database som det ble søkt i. Her dekkes medisinske, sykepleiefaglige og helsefaglige tidsskrift. Søket gjøres på nesten samme måte som CINAHL, det brukes andre emneord enn i CINAHL (Polit & Beck, 2012). Dalland (2012) sier at det er viktig å begrense søket for å unngå å få for mye informasjon. Se Tabell 1 for eksempel fra artikkelsøket og Vedlegg 1 for fullstendig oversikt over søkene etter forskningsartikler.

Tabell 1: Eksempel fra artikkelsøk

Databaser	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
18.01.16 Medline	Abstract 2005-current 65 and over Qualitative (best balance of sensitivity and spesificity Danish, English, Norwegian, Swedish	Heart failure AND Quality of Life	157	157	55	26	4 inkluderte Artikler

Utvalg 1: Lest tittel

Utvalg 2: Lest abstract

Utvalg 3: Lest artikkel

Utvalg 4: Artikkel valgt ut for granskning og vurdering

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier

- Pasientperspektiv
- Voksne og eldre over 45 år
- Originalartikler
- Bor hjemme eller på sykehjem
- Kronisk hjertesvikt

Eksklusjonkriterier

- Barn og ungdom
- Voksne under 45 år
- Innlagt på sykehus
- Pårørendeperspektiv
- Sykepleierperspektiv
- Review artikkel

2.3 Granskning av artikler

For å finne de utvalgte artiklene ble aktuelle artikler vurdert opp mot hensikten med denne studien. Dalland (2012) sier at en skal vurdere kildene kritisk for å avdekke om de er av relevans for hensikten og om kildene er gode nok. Det ble først sett på tittel på artiklene. Deretter ble abstraktet vurdert opp mot hensikten. De aktuelle artiklene ble så lest i sin helhet og vurdert videre. De valgte artiklene ble til slutt gransket nærmere i fulltekst etter skjemaet i Vedlegg 2, hvor kvaliteten ble vurdert og ble til slutt stående igjen med 13 artikler. Polit og Beck (2012) sier at en må se på alle delene av artiklene, for eksempel om den er skrevet i IMRaD. De sier videre at beskrivelsen av metoden bør være med i vurdering av kvaliteten på studiene. I denne studien ble det sett på om det er blitt redegjort for metoden, om resultatene er beskrevet godt nok og at de er relevante for denne studien. Det var ønsket at de inkluderte studiene ble publisert for under 10 år siden. Det ble også sett på om studiene ble utført i land som er sammenlignbare med Norge. Se Vedlegg 3 for oversikt over forskningsartiklene som er inkludert i studien.

2.4 Analyse av forskningsartikler

Resultatdelen i de utvalgte forskningsartiklene ble analysert med en innholdsanalyse. I følge Forsberg og Wengström (2013) kan en innholdsanalyse gjøres på ulike måter. En måte er å lese gjennom artikkelen flere ganger for å bli kjent med innholdet. Deretter finne ut hva den handler om ved å dele opp i meningsenheter. Så lager en kategorier som er basert på meningsenhetene og tilslutt tolker og diskuterer resultatet. Dette samsvarer med Polit og Beck (2012), som sier at en innholdsanalyse er en prosess hvor en organiserer og samordner materialet fra artikler i undertema (nøkkeltema) og tema. Analysen i denne studien er inspirert

av Graneheim og Lundman (2003) og deres forståelse av manifest innholdsanalyse med kategorier som resultat. Se Tabell 2 for utdrag av analysen.

Tabell 2: Utdrag fra analysen og oppdeling av subkategorier og kategorier

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
<p>Deltakerne opplevde at hvile og søvn ble en større del av livet på grunn av fatigue</p> <p>Symptomer som tretthet, tung pust og ankelødem gjorde livet vanskelig for deltakerne</p> <p>Deltakerne var bekymret for svikt i balanse og svimmelhet som kunne føre til fall.</p> <p>Symptomene opplevdes som uforutsigbare</p> <p>Deltakerne gjorde lettere aktiviteter som de mente ivaretok deres fysiske og kognitive evner, som f.eks. gå tur, spille bridge og løse kryssord.</p> <p>Flere deltakere opplevde at alternative aktiviteter førte til bedre livskvalitet, og sammenlignet deres livskvalitet med andre som hadde det verre</p>	<p>Somatiske symptomer som påvirker livskvalitet</p> <p>Hvordan redusert fysisk funksjon sin innvirkning på livskvalitet</p> <p>Hvordan mestring av de fysiske symptomene og funksjonssvikt påvirker livskvalitet</p>	<p>Fysiske faktorer som påvirker livskvalitet hos personer med kronisk hjertesvikt</p>

2.5 Etiske vurderinger

Det er valgt artikler som belyser hensikten med denne litteraturstudien. Det refereres til artikler og fagstoff som blir brukt på en mest mulig korrekt måte. Resultatene blir vurdert kritisk og det skal forsøkes å være objektiv på resultatene i studiene som er valgt ut. Alle inkluderte studier er godkjent i en etisk komité og det er sett på hvordan studiene er utført i forhold til informasjon og hensyn til pasienten. Det er henvist til litteratur som er brukt for å vise respekt for kilden (Polit & Beck 2012). Det har blitt redegjort for alle relevante resultater fra de inkluderte artiklene. Forsberg og Wengström (2013) sier at det er viktig å redegjøre for alle resultatene som omhandler hensikten, også de som ikke støtter forskerens forventninger. Det er derfor ikke utelatt noe relevant i denne studien.

3.0 Resultat

Her blir resultatene fra de 13 inkluderte forskningsartiklene som er relevante for problemstillingen presentert.

3.1 Fysiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt

3.1.1 Somatiske symptomer som påvirker livskvalitet

Fysiske symptomer ved hjertesvikt har i flere studier vist sammenheng med dårligere livskvalitet (Pattenden, Roberts & Lewin, 2007; Heo et al., 2014; Bosworth et al., 2004). Symptomene ved hjertesvikt oppleves som uforutsigbare (Pattenden et al., 2007). Deltakerne i en studie opplevde symptomer som å være andpusten, svimmelhet, ødem, tretthet, ubehag i brystet og følelse av å være uvel. Tretthet og andpusthet var mest nevnt og påvirket fysisk aktivitet (Dunderdale, Furze, Thompson, Beer & Miles, 2007). En deltaker i en studie opplevde at symptomer som andpustenhet, brystmerter, fatigue og kvalme hadde negativ effekt på hans livskvalitet. Symptomene førte til redusert energi til å gjøre ting (Heo, Lennie, Okoli & Moser, 2009). Symptomer som tretthet, tung pust og ankelødem gjorde livet vanskelig (Bosworth et al., 2004; Pattenden et al. 2007) og tungpust på natten opplevdes som skremmende (Pattenden et al., 2007). I Falk, Wahn og Lidell (2007) sin studie var tørste et svært plagsomt symptom for deltakerne. Deltakerne opplevde også at tungpust begrenset aktivitet i hverdagen. I en studie opplevde deltakerne at fysisk fatigue kom brått på og gjorde det umulig å gjennomføre aktiviteten (Norberg, Boman, Löfgren & Brännström, 2014). I en annen studie opplevde deltakerne at hvile og søvn ble en større del av livet på grunn av fatigue (Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2010). Flere var bekymret for svikt i balanse og svimmelhet som kunne føre til fall (Pattenden et al., 2007; Norberg et al., 2014). Alvorlighet av sykdommen hadde stor innvirkning på livet til deltakerne (Pattenden et al., 2007).

I en studie av Heo et al. (2014) hadde et høyt inntak av natrium sammenheng med økte symptomer. Deltakerne opplevde mye bivirkninger og noen uttrykte frykt for at medisinen gjorde mer skade. Dette fordi de følte seg dårlige på grunn av hypotensjon og gastrointestinale problemer. Det å balansere medisindoser med bivirkninger gjorde livet svært vanskelig for mange av deltakerne. Noen deltakere opplevde angstanfall og mareritt ved økning av dosen på betablokkere (Pattenden et al., 2007) I en studie hadde deltakere som hadde vært innlagt over 4 ganger siste år dårligere livskvalitet. Det hadde også de som hadde gjennomgått hjerteoperasjon de siste 6 måneder (Fotos et al., 2012).

I flere studier hadde tilleggssykdommer negativ effekt på helse relatert livskvalitet (Fotos et al., 2010; Franzén, Saveman & Blomqvist, 2007). Det var vanlig med tilleggssykdommer som diabetes, KOLS, angina, artritt, gikt og nyreproblemer. For noen var det vanskeligere å leve med tilleggssykdommene enn hjertesvikten (Pattenden et al., 2007). Å mestre smertefulle og funksjonsnedsettende komorbide lidelser gjorde livet svært vanskelig for mange pasienter (Pattenden et al., 2007; Bosworth et al., 2004). Komorbide sykdommer hadde ingen sammenheng med livskvalitet (Hallas, Wray, Andreou & Banner, 2010). 75% av deltakerne rapporterte en eller flere av tilleggssykdommene øyesykdommer, hypertensjon, respirasjonssykdommer karsykdommer og diabetes. Diabetes og respirasjonssykdommer var de tilleggssykdommene som hadde mest sammenheng med lav helse relatert livskvalitet. Respirasjonssykdommer påvirket livskvaliteten mest innenfor den mentale dimensjonen, mens diabetes påvirket innenfor den fysiske dimensjonen (Franzén et al., 2007). Deltakerne i en studie opplevde at evnen til å være aktiv var varierende og sykdommer og skader som depresjon, kompresjonsbrudd i rygg, andre bruddskader, astma påvirket aktivitetsnivå (Norberg et al., 2014).

3.1.2 Hvordan redusert fysisk funksjon sin innvirkning på livskvalitet

Deltakerne definerte i Heo et. al. (2009) sin studie livskvalitet som evne til å drive med fysisk aktivitet. En studie viser at de med NYHA- klassifisering på 4 hadde lavere skår på spørreskjema som måler livskvalitet enn de med NYHA på 3 (Fotos et al., 2012). En annen studie viser at høyere selvrapportert NYHA – klassifisering har sammenheng med lavere livskvalitet. Personene i studien som hadde NYHA på 4 hadde lavere livskvalitet sammenlignet med de med NYHA på 2. De med NYHA på 3 hadde lavere livskvalitet enn de med NYHA på 2 (Franzén et al., 2007).

Fysisk kapasitet påvirket livskvalitet hos deltakerne i en studie (Moser et al., 2013).

Maksimalt oksygenopptak hadde sammenheng med angst, depresjon og fysisk, psykisk og sosial livskvalitet (Hallas et al., 2010). Deltakerne i Pihl et al. (2007) sin studie opplevde at tap av fysisk kapasitet, fysiske aktiviteter og normalt bevegelsesmønster førte til mangel på meningsfullt innhold i dagliglivet. Deltakerne i en studie erfarte at de gjorde mer enn de hadde kapasitet til og det førte til at de måtte hvile ut hele neste dag (Norberg et al., 2014).

Det ble beskrevet av flere i en studie at det var utfordrende å skulle ut. Å ta på seg sko stående

og samtidig holde balansen opplevdes som utfordrende for flere deltakere (Falk et al, 2010). Kvinnelige deltakere med kronisk hjertesvikt skåret lavere enn menn i den fysiske dimensjonen i helsereelatert livskvalitet. Eldre over 80 år skåret lavere i den fysiske dimensjon av helsereelatert livskvalitet, enn de under 80 år (Franzén et al., 2007). Funksjonstapet hos de yngre deltakerne i en studie førte til dårligere opplevd helsereelatert livskvalitet (Moser et al., 2013). Personer som bodde på sykehjem, omsorgsbolig eller lignende hadde dårligere helsereelatert livskvalitet enn de som bodde i vanlig bolig (Franzén et al., 2007).

3.1.3 Hvordan mestring av de fysiske symptomene og funksjonssvikt påvirker livskvalitet

Livskvalitet var ifølge deltakerne evne til å gjøre ønskede aktiviteter (Moser et al., 2013). Deltakerne måtte justere planene for dagen etter tilgjengelig styrke og energinivå for å gjøre det beste ut av dagen. Deltakerne fortalte at hverdagsaktiviteter tok lenger tid enn før (Falk et al., 2007). Deltakerne reduserte sine forventninger til aktiviteter og evne til å utføre dem (Norberg et al., 2014). Deltakerne hadde lært seg å bruke lenger tid og dele opp i mindre deler for å kunne gjennomføre aktivitetene (Norberg et al., 2014; Pihl et al., 2010). Det var sammenheng med dårligere livskvalitet om de ikke fikk/tok medisinene til rett tid, ikke veide seg og eller avsto fra røyking (Fotos et al., 2012). Bruk av hverdagsteknologi, hjelpemidler og tilpasninger av miljøet kunne bidra til reduksjon av begrensningene og gjøre gjennomføringen av aktivitetene tryggere. Deltakerne opplevde at bruk av hjelpemidler gav dem trygghet i livet med en uforutsigbar sykdom. Deltakerne brukte rullator når de var ute og gikk. Den gav dem stabilitet og en mulighet til å sette seg ned for å hvile (Norberg et al., 2014). En deltaker tilpasset seg ved å sitte i stol når han/hun stelte hagen. Flere av deltakerne måtte ha soverom i nærheten av toalettet på grunn av plutselig trang og det var viktig for deltakerne å bo i nærheten av en busstopp for å kunne spare energi (Falk et al., 2007). Noen deltakere planla og flytte til en leilighet med heis (Norberg et al., 2014). En deltaker i en annen studie mestret væskerestriksjonene ved å bruke mindre størrelse på glassene, fordi han følte at han måtte drikke opp alt i glasset (Falk et al., 2007). Deltakerne kjøpte ferdigmat, halvfabrikater eller lagde og fryste ned flere porsjoner for å spare energi (Norberg et al., 2014). Flere deltakere opplevde at alternative aktiviteter førte til bedre livskvalitet, og sammenlignet deres livskvalitet med andre som hadde det verre. Deltakerne fokuserte på meningsfulle aktiviteter (Moser et al., 2013). I en annen studie gjorde deltakerne aktiviteter som de mente ivaretok deres fysiske og kognitive evner, som f.eks. gå tur, spille bridge og løse kryssord (Norberg et al., 2014). En deltaker fortalte at så lenge han kunne gå og kjøre og ringe til barna sine så hadde han bra livskvalitet (Heo et al., 2009). En fotballinteressert mann fulgte med på at

sønnen spilte i stedet for å spille selv (Falk et al., 2007). En deltaker fortalte at for å bedre livskvaliteten sin så skulle han dra å fiske selv om han kunne dø mens han gjorde det (Heo et al., 2009). Deltakerne i en annen studie opplevde at det som viktig å ha mulighet til å kontakte sykepleier på hjertesviktpoliklinikken hvis de hadde spørsmål. Det var viktig for deltakerne at pleien ble utført av samme person eller en mindre gruppe av helsepersonell. Dette førte til opplevelse av kontinuitet (Falk et al., 2010). Flesteparten av deltakerne i studien til Heo et al. (2009) mente at å ta medisinerne, redusere natriuminntak, regelmessig aktivitet, følge med på vekten og å observere symptomer var måter en kunne ivareta god livskvalitet. Flere deltakere i en annen studie visste ikke at ved å følge med på væskeinntak og veie seg kunne forebygge forverring av symptomer (Pattenden et al., 2007). De under 60 år som sluttet i jobb, opplevde muligheter for å endre deler av livet og begynne med utdanning eller andre aktiviteter (Pattenden et al., 2007).

3.2 Psykiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt

3.2.1 Psykiske symptomer påvirker livskvaliteten til pasientene

Opplevelse av forvirring og tap av hukommelse påvirket livskvalitet hos deltakerne i en studie. En deltaker fortalte at han noen ganger ikke kjente igjen folk (Bosworth et al., 2004). Mange opplevde problemer med konsentrasjon, fortrenget eller glemte at de har sykdommen, glemte å ta medisin og hadde forandringer i søvnmønster (Dunderdale et al., 2007). Konsentrasjonsvansker påvirket gjennomføring av aktiviteter i hverdagen hos deltakerne i en annen studie (Pihl et al., 2010). Dårlig hukommelse førte til engstelighet rundt administrering av legemidler, huske legetimer og huske livsstilsråd (Pattenden et al., 2007). Deltakerne i en annen studie opplevde mental fatigue som å ikke ha energi til å starte aktiviteter. Dette var et problem (Norberg et al., 2010). I flere studier hadde deltakerne frykt for å anstrenge seg eller utføre aktiviteter som kunne være helseskadelig og føre til innleggelse (Pihl et al., 2010; Dunderdale et al., 2007; Pattenden et al., 2007). I en studie påvirket frykt for døden deltakernes evne til å utføre ADL som igjen førte til dårligere livskvalitet (Pihl et al., 2010). I flere studier fører sykdommens uforutsigbarhet til frykt for fremtiden (Bosworth et al., 2004; Pihl et al., 2010; Falk et al., 2010; Pattenden et al., 2007).

Psykiske lidelser er ifølge studien til Fotos et al. (2012) assosiert med dårligere helserelatert livskvalitet hos personer med hjertesvikt. Høyere nivå av depressive symptomer og angst er i

flere studier assosiert med dårlig livskvalitet (Moser et al., 2013; Heo et al., 2014). Det er vanlig med depresjon, lav selvtillit, frustrasjon, frykt, angst, dystymi, anhedoni og skyldfølelse og dette førte til dårligere livskvalitet (Bosworth et al., 2004). 32 % av deltakerne i en studie hadde stor grad av depresjon og 30% av deltakerne hadde stor grad av angst. Det var ikke forskjell i angst og depresjon hos de med tilleggssykdommer. De med depresjon og angst rapporterte at de hadde en mer negativ oppfatning av sykdommen enn de uten depresjon og brukte forsvarsmekanismer som fornektning og atferdsmessig utkobling enn de uten. Pasientene med angst hadde dårligere sykdomskontroll (Hallas et al., 2010). Mennene i en studie opplevde mest depressive symptomer, mens kvinnene opplevde mest angst og frykt. En av deltakerne hadde snakket med sin kone om selvmord (Pattenden et al., 2007).

3.2.3 Psykiske mestringsstrategier hos pasienter med hjertesvikt

Evnen til å mestre sykdommen har innvirkning på helse relatert livskvalitet (Heo et al., 2014). Deltakerne beskrev mestring som positive og negative mestringsstrategier for nåtid og for fremtiden. Noen deltakere beskrev mestring som å erstatte tidligere aktiviteter med nye (Bosworth et al., 2004). Bruk av mestringsmetoder som kompromisser, planlegging, være forsiktig og bruke lenger tid på å utføre aktiviteter ble gjort for å redusere symptomer (Dunderdale et al., 2007). Opplevelse av trygghet og tillit til seg selv og andre var viktig for deltakerne (Falk et al., 2007). En deltaker i studien til Heo et al. (2014) mente at det ville være hjelpsomt med å ta ansvar selv eller få motivasjon i gruppe for å mestre livsstilsendringene. Flere av deltakerne i en studie hadde motivasjon til å ivareta funksjon og gjøre aktiviteter som ga god livskvalitet eller økt kapasitet (Pihl et al., 2010). Deltakerne opplevde det som viktig å ivareta sin tidligere livsstil (Falk et al., 2007). I en annen studie trodde ikke deltakerne at de var i stand til å påvirke dagliglivet med hensyn til tilstanden deres og aksepterte situasjonen. Dette gjorde at de ikke fikk utnyttet sin kapasitet (Pihl et al., 2010). De eldre deltakerne i en studie rapporterte at deres helse relaterte livskvalitet overgikk forventningene i forhold til alder og mulighet for død (Moser et al., 2013). Flere pasienter mente at å ha en positiv holdning eller et positivt perspektiv hjalp til å ivareta god livskvalitet (Heo et al., 2009). Karakter og indre styrke var ifølge deltakerne viktig for å ta gode avgjørelser (Falk et al., 2007). Noen av deltakerne fortalte at det var viktig å mestre stress fordi det påvirker livskvaliteten deres (Dunderdale et al., 2007).

3.3 Sosiale faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt

3.3.1 Viktigheten av å ha et sosialt nettverk

Deltakerne i studien til Moser et al. (2013) nevnte at å være sammen med sine kjære og venner var god livskvalitet. Deltakelse i sosiale aktiviteter sammen med familie eller jobb kunne forbedre deres livskvalitet (Heo et al., 2009). Flesteparten av deltakerne i en studie hadde barn og de opplevde det som tilfredsstillende å ha kontakt med sine barn (Årestedt, Saveman, Johansson & Blomqvist, 2012). I studien til Falk et al. (2010) fortalte at det var viktig å opprettholde nettverk og være sammen med venner og ha kontakt med barn og barnebarn. Deltakerne i en annen studie opplevde det som meningsfullt å ha kontakt med familie og venner. De kunne hjelpe barn, barnebarn og venner etter evne. Det var godt å føle at de trengtes. De fortalte at de brukte telefon og internettbaserte medier for å ha sosial kontakt med sin familie og venner (Norberg et al., 2014). Personer som var gift eller bodde sammen med noen hadde lavere helserelatert livskvalitet enn de som var single, skilt eller enke eller enkemann (Moser et al., 2013). Ugifte hadde i en annen studie dårligere helserelatert livskvalitet sammenlignet med de som var gift (Fotos et al., 2012).

3.3.3 Sosial støtte har innvirkning på livskvalitet

Sosial støtte hadde innvirkning på fysiske symptomer og helserelatert livskvalitet (Heo et al., 2014). Høyere nivå av sosial støtte hadde positiv effekt på helserelatert livskvalitet (Årestedt et al., 2012). En deltaker i en studie fortalte at god livskvalitet var å ha familie rundt seg som støttet en. Personlig og materiell støtte fra venner og familie påvirket livskvalitet positivt. En annen deltaker syntes at det var hjelpsomt med hjelp til husarbeidet (Heo et al., 2009). Noen deltakere i studien til Norberg et al. (2014) opplevde at familie og venner hjalp til med fysisk krevende oppgaver som vasking og handling. Familie og venner kunne hjelpe deltakerne i en annen studie med å mestre sykdommen og positiv emosjonell støtte kunne redusere stresset fra sykdommen (Bosworth et al., 2004). Deltakere i studien til Falk et al. (2010) fikk støtte fra familie og venner til å komme seg til sykehuset og hjelp til handling. En deltaker fortalte at det var viktig å ha noen med seg til legen som kunne lytte og dele informasjonen siden det ofte var vanskelig å få med seg alt. I studien til Bosworth et al. (2004) sa deltakerne at å høre på erfaringer fra andre som har hjertesvikt førte til lettelse for at andre hadde de samme erfaringene og at det bedret livskvaliteten deres. I et spørreskjema som måler opplevd sosial støtte i gruppe, skåret deltakerne høyest på sosiale forhold til personer med delte interesser og

verdier (Årestedt et al., 2012). Studien til Årestedt et al. (2012) viser at menn som bor alene med økonomiske problemer og alvorlighet av sykdom, kan assosieres med et lavere nivå av sosial støtte.

I en studie opplevde deltakerne at familie og venner mangler forståelse for omfanget av sykdommen (Bosworth et al, 2004). Deltakere opplevde at familien ikke stolte på deres evne til å f.eks. kjøre bil og aksepterte ikke når deltakeren ikke lenger var i stand til å hjelpe til (Norberg et al., 2014). Flere opplevde i en studie mangel på seksuelle forhold på grunn av partners frykt for symptomer under samleie (Dunderdale et al., 2007). Noen opplevde isolasjon og mangel på sosial kontakt (Pattenden et al., 2007; Pihl et al., 2010). Deltakerne i en studie beskrev at de mistet sosiale nettverk og sosial posisjon i samfunnet og familien. Det var vanskelig å ivareta det sosiale livet (Pihl et al., 2010).

3.3.4 Tap av roller og følelse av å være en byrde

Alle deltakerne i en studie snakket om tap av evne til å delta i vanlig jobb eller sosiale roller og hvordan det hadde negativ innvirkning på livskvalitet (Bosworth et al., 2004). De yngre deltakerne i en studie opplevde tap av sosiale roller (Moser et al., 2013). Flere menn følte at deres maskuline roller i hjemmet ble påvirket negativt og de opplevde mangel på seksuell intimitet (Bosworth et al, 2004). I en studie truet den reduserte funksjonen deres roller som mann og kvinne. Deltakerne opplevde vansker med å sette grenser i rollen som omsorgsperson. Noen ganger satte de behovene til familiemedlemmene høyere enn sine egne og opplevde smerte når de ikke lenger kunne fortsette i rollen som omsorgsperson. (Norberg et al., 2014). Noen hadde skyldfølelse for å være en byrde for familien (Bosworth et al., 2004; Pihl et al., 2010). Andre for å være en byrde for formelt pleiepersonell (Bosworth et al., 2004). Deltakerne opplevde skyldfølelse for pårørende som hjelper til (Pihl et al., 2010; Pattenden et al., 2007), andre mente at det var naturlig at familien hjalp til (Pihl et al., 2010). Avhengighet av andres hjelp til aktiviteter i dagliglivet førte til nye roller som gjorde at noen opplevde sinne og irritasjon (Dunderdale et al., 2007).

4.0 DISKUSJON

4.1 Resultatdiskusjon

Resultatet viser at det er flere faktorer som påvirker livskvalitet hos personer med hjertesvikt. Det er fysiske, psykiske og sosiale faktorer som påvirker hverandre. Her vil resultatene bli diskutert opp mot andre forskningsartikler, pensumlitteratur og annen litteratur. Disse fakta blir diskutert for å belyse hensikten med denne studien, som er å belyse fysiske, psykiske og sosiale faktorer som påvirker livskvalitet i dagliglivet til pasienter med kronisk hjertesvikt. Det vil også bli diskutert hvilken betydning denne studien har for kunnskaper om sykepleie og for å bedre livskvalitet i dagliglivet til pasienter med kronisk hjertesvikt. Dette blir diskutert ved bruk av Benner og Wrubels sykepleieteorier om omsorg og mestring.

4.1.1 Fysiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt

Resultatet i denne studien viser at hjertesviktpasienter opplever et stort spekter av plagsomme symptomer og at disse har stor innvirkning på deres livskvalitet. Mårtensson (2005) sier at trøtthet og problemer med pusten ved aktivitet er vanlige symptomer som påvirker fysisk aktivitet. Resultatet viser at omfanget av symptomer påvirker livskvalitet hos hjertesviktpasienter. Dette bekreftes av flere studier (Bekelman et al., 2007; Heo, Doering, Widener & Moser, 2008; Heo, Moser, Lennie, Zambroski & Chung, 2007). Benner og Wrubel (2003) sier at personens opplevelse av symptomene er formet av tidligere erfaringer og konteksten rundt. Konteksten er ifølge dem pasientens omgivelser. Det er derfor viktig at den som yter omsorg er klar over dette for å kunne yte god og effektiv behandling. De sier videre at når nye symptomer oppstår eller forverring av eksisterende symptomer utfordres pasientens mestring av sykdommen. Da er det viktig at sykepleier på forhånd har gitt pasienten god informasjon om symptomene og evt. forverring og at pasienten har fått informasjon om hvordan han eller hun skal håndtere disse. Det er også viktig at sykepleier selv tar initiativ til å gi informasjon, siden det ikke er sikkert at pasienten gjør dette selv (Kristoffersen, 2011b). Sykepleier er også pliktig til dette gjennom Helsepersonelloven (1999).

Resultatet viser at eldre over 80 år med hjertesvikt har lavere livskvalitet i den fysiske dimensjonen sammenlignet med yngre. En oversiktsstudie (Falk, Ekman, Anderson, Fu & Granger, 2013) bekrefter at eldre pasienter med hjertesvikt rapporterer lavere livskvalitet enn

kontrollgruppene i studiene. Deltakerne i oversiktsstudien bekrefter også at hjertesvikt pasienter opplever alvorlige og hyppige symptomer som fatigue og dyspne som begrenset flere deler av livet deres.

Resultatet viser at pasientene opplever bivirkninger av behandlingen, som gastrointestinale plager, lavt blodtrykk og mareritt. De vanligste medisinene som brukes ved behandling av hjertesvikt, har en rekke bivirkninger. Diuretika kan føre til elektrolyttforstyrrelser og nyresvikt ved lavt inntak av væske, har diaré eller svette. Dette skjer spesielt hos eldre og pasienter med redusert nyrefunksjon. De kan også føre til hypotensjon. Hyppige toalettbesøk på grunn av urinlating. Betablokkere kan gi tretthet, depresjon og mareritt. Andre medisiner har kvalme som vanlig bivirkning (Ørn, 2013). Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskaper om virkninger og bivirkninger av medisinene som pasientene bruker og informerer om bruken av dem. Feil bruk kan føre til bivirkninger og manglende effekt (Nordeng, 2012).

Resultatet viser at pasientene har behov for hjelp til å kontrollere symptomene. Som sykepleier i hjemmesykepleien skal sykepleier oppdage observere og oppdage tegn på forverring av svikten. Det kan derfor være nyttig å lage retningslinjer for vanlige sykdommer som hjertesvikt for å oppdage tegnene på forverring raskt nok (Ekman 2005a). Hole (2015) bekrefter behovet for symptomlindring ved at det er behov for å gi palliativ behandling til pasienter med alvorlig hjertesvikt. Hvor fokuset skal være på å lindre symptomer og bedre/vedlikeholde funksjonen for at pasienten skal ha så bra livskvalitet som mulig. Ekman (2005a) sier også at det er viktig at det palliative fokuset kommer tidligere for å sikre god lindring i siste del av livet. Yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 9) viser at sykepleiers ansvar er å «lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død.» Sykepleieren bør samarbeide med pasientens fastlege som har som oppgave å følge opp pasientens medisinske tilstand og behandling (Fjørtoft, 2006). Benner og Wrubel (2003) sier at det er viktig at sykepleieren bruker sine kunnskaper og erfaringer i møte med pasienten, og samtidig hjelpe pasienten til å finne ut hvordan han/hun selv ønsker at resten av livet skal være.

Resultatet viser at pasientene har store behov for å mestre symptomer og funksjonssvikt og at dette påvirker deres livskvalitet. Benner og Wrubel (2003) definerer mestring som hvordan en håndterer stress. De sier også at mulighetene for mestring avhenger av personens engasjement i situasjonen. Og at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å forstå hans/hennes muligheter for mestring. I følge en melding til stortinget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) skal tjenestene gi pasientene mer mulighet til å styre eget liv og få hjelp til å dekke sine grunnleggende behov. Den sier videre at tjenestene skal utvikles i samarbeid med pasientene og brukerne av tjenestene. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at pasientene har rett til medvirkning i tjenestetilbudet. Den sier videre at de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette bekreftes også i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som sier at kommunen har ansvar for utarbeidelse av individuell plan. En individuell plan kan føre til mer forutsigbare og samordnede tjenester. Dette forutsetter at pasienten deltar i utformingen av den (Kirkevold, 2010). Dette bekreftes av Benner og Wrubels (2003) teori om at pasientens kontekst påvirker pasientens mestring av sykdommen. Tjenestene er en del av omgivelsene rundt pasienten og virker inn på pasientens totalsituasjon. Tjenestene skal bidra til at han eller hun kan bo hjemme så lenge som mulig og være tilpasset den enkelte (Birkeland & Flovik, 2014). Pasientene har behov for veiledning og informasjon om tiltak om ernæring, fysisk aktivitet, bruk av alkohol, daglig vektmåling, slutte å røyke, seksuell aktivitet og vaksiner mot pneumoni og influensa. Denne informasjonen skal være både muntlig og skriftlig (Eikeland et al., 2010).

Oppfølging fra hjertesviktpoliklinikker er blitt mer vanlig og bidrar til økt livskvalitet. Poliklinikkene er lokalisert på sykehusene. Her jobber sykepleiere som har spesialisert seg innenfor behandling og oppfølging til pasienter med hjertesvikt. Hensikten er opplæring av pasienter til bedre mestring av sykdommen (Eikeland et al., 2010; Ranhoff, 2010; Gullestad, 2015)

Resultatet viser at mange pasienter har tilleggssykdommer eller underliggende som også påvirker livskvaliteten. Dette gjelder spesielt diabetes, KOLS, angina, artritt, gikt og nyreproblemer. Flere av sykdommen er risikofaktorer for hjertesvikt, samt at hjertesvikten kan føre f.eks. nyreproblemer og angina (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2015, 2. november).

Resultatet om ernæring viser at inntak av natrium kan ha sammenheng med økning av symptomer som igjen kan føre til opplevelse av lavere livskvalitet. Ifølge Eikeland, Haugland og Stubberud (2010) sier at det er viktig med saltreduert kosthold for å redusere væskeretensjon i kroppen. De anbefaler et inntak av salt mindre enn 2 g per dag. Helsedirektoratet (2012) anbefaler at inntaket av salt er mindre enn 5 g per dag eller under 2 g natrium per dag. Det er viktig at sykepleier samarbeider med pasienten og evt. ernæringsfysiolog om kostholdet (Eikeland et al., 2010). Det kan bli utfordrende å redusere inntaket av salt fordi maten vil smake mindre i begynnelsen. Det er da viktig å finne andre måter å smaksette maten på (Eikeland et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012). Ifølge Norsk Elektronisk Legehåndbok (2015) viser en metastudie at natriumreduert kosthold fører til økt dødelighet og død hos personer med systolisk hjertesvikt. Gullestad (2015) sier derimot at det ikke er nødvendig med natriumreduert kosthold, men at de ikke bør bruke ekstra salt. Sykepleier i hjemmesykepleien kan gi pasientene råd om hvilke matvarer som de bør kjøpe inn (Aagaard, 2011). Ferdigmat og halvfabrikat mat inneholder ofte store mengder salt i motsetning til mat bestående av ubearbeidet mat. Sykepleier kan da anbefale pasientene til å spise mest mulig ubearbeidet mat og minske tilsetningen av salt (Sjøen & Thoresen, 2012). Resultatet viser at det ikke er så lett å få dem til å ikke velge ferdigmat. Bruk av ferdigmat bidro til å redusere anstrengelser med matlaging. De som bor på institusjon har rett til å få mat tilpasset eget behov (Aagaard, 2011). Underernæring kan føre til hjerteatrofi og det er derfor viktig med rett tilførsel av næringsstoffer for å bedre hjertefunksjon (Eikeland et al., 2010). Sykepleier har ansvaret for å vurdere pasientens ernæringsstatus og sette i gang tiltak for å forebygge feil- og underernæring. En begynner med å kartlegge inntak. Subjective Global Assessment og MUST- skjema er to screeningsverktøy som kan brukes for å vurdere ernæringsstatus. Sykepleier iverksetter ernæringstiltak basert på datainnsamlingen og etter pasientens ønsker (Sjøen & Thoresen, 2012). Det er viktig at sykepleieren lytter til pasienten og tiltakene samsvarer med pasientens mål (Benner & Wrubel, 2003). Rustøen (2007) og Helsedirektoratet (2012) sier at det anbefales å spise små hyppige måltider.

Resultatet viser at den reduserte fysiske funksjonen har stor innvirkning på livskvaliteten hos pasientene. Noen av pasientene slet med å balansere aktivitet og hvile. Brodtkorb (2010) sier at det er viktig at sykepleierne tilpasser hjelpen til pasientens kapasitet. Hun sier videre at balanse mellom aktivitet og hvile er viktig og at sykepleiere skal hjelpe pasienten til å finne

den. Hun sier også at selv om det er viktig med hvile, vil inaktivitet kunne føre til reduksjon av utholdenhet og muskelstyrke. I følge Helbostad (2010) vil inaktivitet også kunne føre til økt blodtrykk. Økt blodtrykk kan være uheldig hos pasienter med hjertesvikt fordi de ofte allerede har høyt blodtrykk (Ørn & Brunvand, 2011). Individuell tilpasset fysisk aktivitet er positivt for pasienter med hjertesvikt fordi det påvirker gassutvekslingen i lungene og styrker skjelettet (Rustøen, 2007; Cider, 2005). Her kan sykepleier i hjemmesykepleien eller sykehjem samarbeide med fysioterapeut for vedlikeholde pasientens funksjonsnivå og tilrettelegging av hjemmet og øvelser (Kristoffersen, 2011c). Sykepleier kan undervise pasienten i tiltak som han eller hun selv kan gjøre for å ivareta best mulig funksjon og livskvalitet. For eksempel energisparende tiltak (Miller, 2009). En melding til stortinget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) sier at det i fremtiden skal legges større vekt på primærhelseteam som består av blant annet leger og sykepleiere. Dette skal føre til tettere oppfølging av pasientene.

Resultatet viser at bruk av hjelpemidler førte til tryggere utførelse av aktiviteter. Tekniske hjelpemidler som gripestang kan være aktuelt for å unngå anstrengelse når en f.eks. skal plukke noe opp fra gulvet. Bruk av strømpepåtrekker kan bidra til mindre anstrengelse ved påtrekking av støttestrømper (Tuntland, 2012). Tekniske hjelpemidler er «alle typer utstyr og innretninger som kan bidra til å bedre, opprettholde og/eller øke funksjonsnivået hos pasienter som har en funksjonssvikt eller funksjonshemming» (Birkeland & Flokvik, 2014, s. 54). I følge Tuntland (2012) kan sykepleier i hjemmesykepleien skaffe enkle tekniske hjelpemidler til pasientene. Kommunene har egne lagrer for hjelpemidler som kan lånes over kortere tid. Pasienter som har behov for hjelpemidler over lengere tid får lånt hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen. Når pasientene har behov for mer avanserte hjelpemidler, bør sykepleier ta kontakt med ergoterapeut for råd og tilpasning av hjelpemidlene (Birkeland & Flovik, 2014). I følge Benner og Wrubel (2003) er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å nå sine mål. Hjelpemidler vil derfor kunne hjelpe pasienten til mestring i dagliglivet.

4.1.2 Psykiske faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt

Resultatet viser at psykiske faktorer som kognitive problemer, depresjon og angst som påvirker livskvaliteten til pasienter med hjertesvikt. Det bekreftes av Grinde (2011) som sier at de viktigste årsakene til lavere livskvalitet er smerte, angst og depresjon.

Resultatet viser at pasienter med hjertesvikt opplever forvirring, konsentrasjonsvansker og problemer med hukommelsen. Årsaken til dette kan være trøtthet. Trøtthet kan komme av blant annet søvnvansker, fysisk utmattelse, tungpusthet, dårlig matlyst, stress og andre besvær. Dette fører til dårligere livskvalitet. Konsentrasjonsproblemene kan også komme av demens på grunn av at forekomsten ved både hjertesvikt og demens øker ved økende alder. En kan også ha noe som kalles Cognitiv inpairment without dementia (CIND) som er en lettere form for kognitiv svikt. Hukommelsesvansker og konsentrasjonsproblemer er også vanlige symptomer ved depresjon (Ekman, 2005b). Benner og Wrubel (2003) sier at det er viktig å finne ut hvordan pasienten opplever symptomene for å kunne hjelpe pasienten med å mestre situasjonen.

Resultatet viser at flere av pasientene hadde depresjon eller depressive symptomer og at det hadde stor innvirkning på opplevelse av livskvalitet. Det bekreftes av Eikeland et al. (2010) som sier at depresjon er vanlig hos pasienter med hjertesvikt. I resultatet opplevde pasientene konsentrasjonsvansker. Ved depresjon blir evnen til å konsentrere seg påvirket (Hummelvold, 2012). Sykepleier kan kartlegge graden av depresjon ved bruk av ulike vurderingsinstrumenter og samtale med pasienten om symptomene (Eikeland et al., 2010; Johansson, Dahlström & Broström, 2006). Systematiske vurderinger kan være viktig hos spesielt eldre på grunn av redusert evne til å uttrykke opplevelsen av symptomer. Det vil også gi et tydeligere grunnlag for å oppdage forverring og behov for behandling. Mini Mental Status (MMS) er en skala for å vurdere mulig kognitiv svikt. Den graderer hukommelse, språkfunksjon, orientering for sted og tid og skriveevne. I kartlegging av depresjon brukes vanligvis Montgomery-Åsberg Depression Scale (Kirkevold, 2010).

Resultatet viser at pasientene opplever frykt for symptomer, forverring og for fremtiden. De hadde også angst og symptomer på angst. Berentsen (2010) sier at det er mange som har angst i tillegg til somatiske sykdommer og demens. Det defineres som «diffus indre uro uten kjent

årsak» (Berentsen, 2010, s. 360). Kvaal (2010, s. 384) sier at «angst kan forstås som en vanlig psykisk reaksjon på en stressende livssituasjon, for eksempel sykdom og kanskje sykehusinnleggelse og avhengighet av hjelp». Kvaal (2010) sier at sykepleier har ansvar for å oppdage angst hos pasientene sine, men at det kan være utfordrende å oppdage og dette fører til underdiagnostikk hos eldre. En kan bruke skalaen State-Trait Anxiety Inventory for å påvise angst. Det er likevel slik at en skal utelukke somatisk sykdom først og at sykepleier tar kontakt med lege. Det er viktig for pasienter som har angst og eller depresjon at sykepleier møter pasienten med respekt og viser empati. Sykepleier må ha forståelse for pasientens opplevelse av egen situasjon for å kunne gi bekreftelse gjennom kommunikasjon. Det er viktig å ha gode kunnskaper om kommunikasjon for å kunne hjelpe pasientene med sine psykiske problemer (Kvaal, 2010).

Resultatet viser at pasientene er opptatt av å ha kontroll og å være uavhengige og flere opplevde dette som utfordrende. Martinsens (Kirkevold, 2003, s. 177) omsorgsteori sier at utgangspunktet for god sykepleie er «å forstå pasientens lidelses- og livshistorie, og å fremme hans livsmot». Dette samsvarer med Benner og Wrubel (2003) som også handler om forståelse. Det å fremme pasientens livsmot er som tidligere nevnt en del av sykepleierens ansvar (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Livsmot beskrives av Martinsen (2003) slik:

Å velge livet er å akseptere lidelsen i det vi ser og fatter, i livet som er skapt. Det er nettopp i det vi ser og fatter og ikke i det hinsidige og ufattelige – at vi kan se livsmotet eller livsmulighetene i lidelsen. (s. 137)

Martinsen (2003) sier videre at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å finne livsmotet gjennom pasientens egne positive livserfaringer. Dette samsvarer med Benner og Wrubels (2003) teori om omsorg.

Resultatet viser at evnen til å mestre sykdommen har innvirkning på helserelatert livskvalitet. Individuelle forskjeller som opplevelse av sammenheng, mestringsevne, selvtillit og hvor optimistiske en er, har ifølge en litteraturstudie innvirkning på livskvalitet (Johansson, Dahlström & Broström, 2006). Dette bekrefter funnene i resultatet som viser at humør og

mestringsstrategier påvirker livskvaliteten hos pasienter med hjertesvikt. Johansson et al. (2006) fant også ut at personlighet påvirket opplevelse av livskvalitet. Falk et al. (2013) viser at motiverende intervju kan øke livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt. Motiverende intervju er ifølge Ivarsson (2010) målrettet, personsentrert rådgiving som skal bidra til en positiv endring hos personen. Dette gjøres ved å finne pasientens egen motivasjon for endring. For å gjøre det må rådgiveren ha kunnskaper og ferdigheter om «empatisk/reflekterende lytting og består av å *bekreft*e personen, *stille åpne spørsmål*, *reflektere på det personen sier* og å *oppsummere*» (Ivarsson, 2010, s. 15). Benner og Wrubel (2003) bruker ikke begrepet motivasjon, men at det handler om hva som er viktig for den enkelte og hvordan endringen vil påvirke det. En kan si at sykepleier må finne hva som er viktig for den enkelte for å kunne finne tiltak som samsvarer med dette og dermed bidra til økt livskvalitet for pasienten.

4.1.3 Sosiale faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt

Resultatet viser at pasientene setter pris på kontakt med familie og venner og at det bidro til å øke deres livskvalitet. De holdt kontakten gjennom telefon og sosiale medier. I følge Smebye og Helgesen (2011) kan telefonsamtaler, meldinger, besøk og sosiale medier vedlikeholde kontakt til venner og familie. Sosial støtte kan virke som en buffer ved at stressende opplevelser i livet påvirker livskvaliteten mindre når en opplever god sosial støtte (Sørensen, 2011; Smebye & Helgesen, 2011). En litteraturstudie viste at støtte fra familie hadde innvirkning på fremtidig helse relatert livskvalitet og innleggelse på sykehus (Johansson et al. 2006).

To av studiene (Moser et al., 2013; Fotos et al., 2012) i resultatet som omhandler demografiske, sosioøkonomiske og kliniske karakteristikk hadde motsiende funn i forhold til livskvalitet hos gifte og enslige. Mastekaasa og Næss (2011) bekrefter at de som er gift eller samboere opplever høyere livskvalitet enn de som er enslige, skilt, enke eller enkemann. Dette kan være fordi parforhold og ekteskap kan gi opplevelse av å bli forstått, følelse av trygghet og stabilitet (Honoré, 2010). Deltakerne i den ene studien opplevde at sosiale forhold bidro til økt livskvalitet.

Resultatet viser at noen av pasientene opplevde mangel på forståelse fra sine nære. Som sykepleier kan en her bidra til økt sosial støtte gjennom å støtte pasientens pårørende. Det kan være gjennom informasjon og veiledning (Smebye & Helgesen, 2011). Benner og Wrubel (2003) sier at sykepleier kan fortelle videre pasientens opplevelse av situasjonen til pårørende slik at de oppnår større forståelse for pasientens situasjon. Her er det viktig at sykepleier har samtykke fra pasienten hvis han/hun er samtykkekompetent. Sykepleier er pålagt å sørge for samtykke gjennom Helsepersonelloven (1999) og pasienten har rett til det gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Sykepleier er pliktig til sørge for at informasjonen er forstått (Helsepersonelloven, 1999). Pårørende har også rett til å få informasjon såfremt pasienten har gitt samtykke. Når pasienten er vurdert som ikke-samtykkekompetent har nærmeste pårørende rett til samme informasjon som pasienten selv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk sykepleierforbund, 2011) sier at det er sykepleiers oppgave å ivareta pårørendes rett til informasjon. Hvis pasienten ikke gir sykepleier samtykke til å gi informasjon videre til pårørende, sier *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk sykepleierforbund, 2011) at det er pasientens rettigheter som veier mest. Sykepleier kan likevel gi generell informasjon om sykdommen og sykdommens innvirkning på livet til pasient og pårørende (Kristoffersen, 2011d).

Det kommer også frem av resultatet at noen pasienter hadde mangel på seksuell kontakt og at dette påvirket deres livskvalitet. Grunnen var at partner var redd for at dette fremprovoserte symptomer. Pasientene har vansker med å ta kontakt og få hjelp til seksuelle problemer i forbindelse med hjertesykdom. Både pasientene og pårørende kan ha angst for plutselig død under samleie. Så fremt pasienten ikke opplever ubehag under samleie, vil det ikke være noe å bekymre seg for. Sykepleier i samråd med lege kan bidra til å redusere frykten gjennom råd og veiledning (Eikeland, Hagland & Stubberud, 2010). Hjertesvikten og medisiner kan også føre til redusert lyst og ereksjonsproblemer (Dahlström & Strömberg, 2005; Rustøen, 2007).

Resultatet viser at flere pasienter opplevde det som nyttig å prate med andre som har hjertesvikt. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke arbeider med såkalt likemannsarbeid. Det er lokallagene som står for det. Der kan en delta i aktiviteter og samtaler med andre som er i en lignende situasjon som en selv (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2014).

Resultatet viser at pasientene opplever en rekke utfordringer i forhold til sosial kontakt. Som sykepleier er det viktig å kjenne til den enkeltes situasjon og hva som påvirker pasientens sosiale liv. Da kartlegger en pasientens sosiale nettverk og hvilke behov den enkelte har. Dette gjøres i samarbeid med pasienten (Smebye og Helgesen, 2011). Smebye og Helgesen (2011, s. 57) beskriver nettverkskart slik: «Et nettverkskart er et ytre bilde av personens subjektive opplevelse av sin sosiale virkelighet, og kan være et nyttig hjelpemiddel for å få kunnskap om personens sosiale nettverk». De sier videre at et fungerende sosialt nettverk er bedre enn et stort nettverk. For noen pasienter er en stor del av nettverket relasjoner med «profesjonelle hjelpere», hvor blant andre sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem gir sosial støtte gjennom samtale og bidra til å styrke pasientens mestringsevne. Denne støtten vil ikke erstatte den som gis av familie og venner (Smebye & Helgesen, 2011).

Resultatet viser at pasienter med hjertesvikt kan oppleve isolasjon fra andre. Falk et al. (2013) bekrefter dette i sin litteraturstudie. Mange eldre med hjertesvikt bor som nevnt tidligere hjemme og mange eldre bor alene. Dette bekreftes også av Fermann og Næss (2010) som sier at opplevelse av isolasjon forekommer hos mange eldre som bor alene. De sier videre at tiltak for å forebygge isolasjon kan være tilsynsbesøk fra hjemmesykepleien. Birkeland (2013) fant ut at ensomhet ikke var et problem hos mange pasienter som mottar hjemmesykepleie. Pasientene beskrev det heller som «lange dager» og sykepleierne følte at de var pågående når de spurte direkte. I resultatet opplevde flere av pasientene å være ensomme. Birkeland (2013) viser at det å være ensom ikke nødvendigvis er negativt. Noen liker å være alene, mens andre har behov for mye sosial kontakt. Et annet tiltak mot ensomhet kan være at hjemmesykepleien tar opp muligheter for støttekontakt eller samtaler med en psykiatrisk sykepleier. Støttekontakt er et lovpålagt tilbud som kommunene skal ha (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). En psykiatrisk sykepleier i kommunen skaper en god terapeutisk relasjon til pasienten som bygges opp over tid. Pasienten kan da få mulighet til å fortelle om sine tanker og følelser og få støtte. Dette kan føre til økt livskvalitet (Birkeland & Flovik, 2014).

Resultatet viser at pasientene opplever tap og endringer av sine sosiale roller. Eide & Eide (2012, s. 18) definerer rolle som «sett av forventninger som stilles til en (fra en selv eller andre).» Kristoffersen (2011b) sier at «en situasjon oppleves som et tap når endringer som har medført tap av noe som er betydningsfullt og viktig for personen, allerede er inntruffet» (s. 144). De sosiale rollene er viktig for disse pasientene. Ifølge Benner og Wrubels (2003) teori

er opplevelsen av tapet stress som påvirker pasientens evne til mestring. Det er derfor viktig at sykepleieren har forståelse for dette i møte med pasienten.

4.1.4 Helhetlig sykepleie

Resultatet viser at de ulike faktorene påvirker hverandre som igjen påvirker livskvaliteten til hjertesviktpasientene. Et eksempel er at noen pasienter opplever problemer med hukommelse og konsentrasjon. Det er kan være mange årsaker til disse problemene. Dette krever at sykepleier har en helhetlig tilnærming for å kunne bidra til at pasientene har så bra livskvalitet som mulig. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2011, s. 8) sier at «sykepleieren ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg». Helhetlig sykepleie innebærer «å se pasientens liv i en helhet og å møte henne som et medmenneske med sin særegne livshistorie» (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 27). Odland (2012) sier at helhetlig forståelse, også kalt holistisk tilnærming, er at mennesket har fire dimensjoner: den fysiske, den psykiske, den sosiale og den åndelige. Benner og Wrubel (2003) forstår mennesket i en fenomenologisk tankegang hvor mennesket utvikles gjennom livet i samspill med verden. Det er derfor viktig at sykepleieren ser pasienten som et helt menneske. Selv om en yter sykepleie etter vedtak, har sykepleieren ansvar for å utøve helhetlig sykepleie i samarbeid med pasient, pårørende og andre profesjoner. Det er viktig at sykepleier dokumenterer sykepleien som er gitt og observasjoner, fordi behovet for sykepleie endres over tid (Birkeland & Flovik, 2014). Resultatet viser at pasienter med hjertesvikt opplever sykdommen som uforutsigbar med plutselige forverringer. Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2011, s. 248) sier at «Felles for all lidelsen er at den omfatter både kroppslige, psykiske og åndelige/eksistensielle sider ved menneskets situasjon». For å kunne gi helhetlig sykepleie må en ha kunnskaper og ferdigheter om for eksempel patofysiologi, farmakologi, psykologi, sosiologi, religion og livssyn. Dette er en del av sykepleierens ansvarsområder (Nortvedt & Grønseth, 2011). Det er som nevnt i innledningen ikke mulig å utelukke de eksistensielle faktorene som påvirker livskvaliteten til pasienter med kronisk hjertesvikt. Fordi de igjen har stor innvirkning på de fysiske, psykiske og sosiale faktorene. Deltakerne i studiene fra resultatet viser for eksempel at det er viktig for deres livskvalitet å oppleve noe som meningsfylt. Enten det er fysiske aktiviteter eller kontakt med familie og venner.

4.2 Metodediskusjon

Søkeordene som ble brukt i litteratursøket var relevant for å belyse hensikten med oppgaven. Det ble brukt mange søkeord. Dette kan ses på som en svakhet ved studien. En styrke ved studien var bruk av de anerkjente databasene Medline og Cinahl. Det ble gjort flere søk i databasene. Dette er også en styrke ved studien. Søkene fikk mange treff og det ble lagt inn flere avgrensninger på søkene, som publiseringsår. Dette kan ha utelukket relevante studier. Mange av treffene i søkene var relevante. Dette gjorde det vanskelig å velge forskningsartikler til denne studien. Alle treffene ble nøye gransket og kvaliteten ble vurdert. Det ble valgt studier som viste flest mulig faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt. Artikkene bruker to ulike begrep for livskvalitet, helserelatert livskvalitet og livskvalitet. Artikkene som bruker begrepet helserelatert livskvalitet fokuserer mer på aspekter ved sykdommen som påvirker livskvalitet. Dette er en styrke ved studien ved å vise flere sider ved livskvaliteten til pasientene. Det er en svakhet ved studien siden begrepene kan brukes forskjellig.

Det er inkludert både kvalitative og kvantitative studier i denne studien. Dette gir både dybde og oversikt over faktorene som påvirker livskvalitet hos pasientene. Ved å ta med kvalitative studier får en informasjon om pasientenes egne erfaringer og de kvantitative studiene gir informasjon om flere pasienter. Dette er en styrke ved studien. Ved å gå i dybden kan en få frem personlige, kulturelle og samfunnsmessige forhold. De kvantitative studiene gir en oversikt i faktorer som påvirker livskvalitet hos flere pasienter enn de kvantitative studiene. Dette fordi det gir et mer realistisk innsikt i det som belyses.

En avgrensning i studien var at artikkene ikke skulle være publisert for mer enn 10 år siden. Det er inkludert en artikkel som er eldre enn 10 år i studien. Denne studien ble vurdert som svært relevant for å belyse hensikten med studien. Resultatet i den aktuelle studien er fremdeles relevant i dag.

Alle inkluderte forskningsartikler er skrevet på engelsk. Dette kan være en svakhet ved studien på grunn av begrensede kunnskaper i engelsk. Det kan være feil i oversettelsen.

Det var utfordrende å dele opp i kategorier fordi de fysiske, psykiske og sosiale faktorene påvirker hverandre og at en som sykepleier skal ha et helhetlig syn på mennesket. De eksistensielle faktorene påvirker de fysiske, psykiske og sosiale faktorene og har derfor blitt nevnt i de forskjellige kategoriene.

Alle de inkluderte studiene er gjennomført i land som er sammenlignbare med Norge. Det kan være kulturforskjeller og forskjeller i de enkelte lands helsevesen.

5.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven er å belyse fysiske, psykiske og sosiale faktorer som påvirker livskvalitet i dagliglivet hos pasienter med kronisk hjertesvikt.

Det konkluderes med at:

- Resultatet viser at livskvaliteten til pasienter med kronisk hjertesvikt blir påvirket av fysiske, psykiske, sosiale og disse faktorene påvirker hverandre. Det viser også at de eksistensielle faktorene som påvirker livskvaliteten til pasienter med kronisk hjertesvikt.
- Resultatet viser at pasientene opplever plagsomme symptomer og funksjonssvikt som påvirker livskvaliteten deres.
- Resultatet viser at det sosiale nettverket har stor innvirkning på pasientenes livskvalitet
- Studien har stor betydning for praksis fordi den gir sykepleiere kunnskaper om livskvalitet hos pasientgruppen og at det er individuelle forskjeller hos de en møter.
- Sykepleien bør utføres helhetlig med utgangspunkt i pasientens opplevelse av egen situasjon.
- Det bør forskes mer på sosiale og eksistensielle faktorer som påvirker livskvaliteten til pasienter med hjertesvikt, for å øke kunnskapen og fokuset på disse faktorenes innvirkning på livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.

Litteraturliste

- 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. (2007) Symptoms, Depression, and Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*. 13(8), 643-648. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2007.05.005>
- Benner, P. & Wrubel, J. (2003) Omsorgens betydning i sygepleie - Stress og mestring ved sundhed og sygdom (1. utgave, 3. opplag), København: Munksgaard Danmark
- Berentsen, V. D. (2010) Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, 3. opplag) (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Birkeland, A. (2013) Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*, 8 (2), 116-122.
doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0049
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014) Sykepleie i hjemmet. 2. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS
- Bosworth, H. B., Steinhauser, K. E., Orr, M., Lindquist, J. H., Grambow, S. C. & Oddone, E. Z. (2004) Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Ageing and Mental Health*, 8(1), 83-91. doi: 10.1080/13607860310001613374
- Brodtkorb, K. (2010) Respirasjon og sirkulasjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, 3. opplag) (s. 319-332). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Daamen, M. A. M. J., Schols, J. M. G. A., Jaarsma, T. & Hamers, J. P. H. (2010) Prevalence of heart failure in nursing homes: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24, s. 202-208. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00708.x
- Dahlström, U. & Strömberg, A. (2005) Riktlinjer för farmakologisk och icke-farmakologisk behandling. I Strömberg, A. (red.) *Vård vid hjärtsvikt*. (s. 39-64). Lund, Sverige: Studentlitteratur

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., 1. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dunderdale, K., Furze, G., Thompson, D. R., Beer, S. F. & Miles, J. N.V. (2007) Health-related quality of life from the perspective of patients with chronic heart failure. *The British Journal of Cardiology*, 14, 207-212. Hentet den 28.01.16 fra <http://bjcardio.co.uk/2007/09/health-related-quality-of-life-from-the-perspective-of-patients-with-chronic-heart-failure/>

Eikeland, A.; Haugland, T. & Stubberud, D. -G. (2011) Sykepleie ved hjertesykdommer. I Almås, H.; Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (Red.) *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg. 2.opplag) (s. 207-245). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ekman, I (2005a) Hemsjukvård och palliativ vård. I Strömberg, A. (red.) *Vård vid hjärtsvikt*. (s. 99-113), Lund, Sverige: Studentlitteratur

Ekman, I. (2005b) Trötthet och kognitiv dysfunksjon. I Strömberg, A. (red.) *Vård vid hjärtsvikt*. (s. 191- 206), Lund, Sverige: Studentlitteratur

Falk, H. Ekman, I, Anderson, R., Fu, M & Granger, B. (2013) Older Patients' Experiences of Heart Failure—An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Scholarship*. 45(3), 247–255. doi: 10.1111/jnu.12025

Falk, S., Wahn, A. K. & Lidell, E. (2007) Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 192-199. doi: 10.1016/j.ejcnuse.2006.09.002

Fermann, T. & Næss, G. (2010) Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, 3. opplag) (s. 196-218). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3. utg. 1 opplag). Stockholm: Bokförlaget Natur og Kultur

Fotos, N. V., Giakoumidakis, K., Kollia, Z., Galanis, P., Copanitsanou, P., Pananoudaki, E. & Brokalaki, H. (2013) Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A

cross-sectional multicentre study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 686-694. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01078.x

Franzén, K., Saveman, B.-I. & Blomqvist, K. (2007) Predictors for health-related quality of life in persons over 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 112-120. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.06.001

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grinde, B. (2011) Livskvalitet i et biologisk perspektiv. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. (151-159). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Gullestad, L. (2015) Hjertesvikt. I Forfang, K., Istad, H. & Wiseth, R. (Red.) *Kardiologi-Klinisk veileder*. (2. utgave) (s. 192- 206), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hallas, C. N., Wray, J., Andreou, P. & Banner, N. R. (2010) Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 40(2). 111-121. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.12.008

Helbostad, J. L. (2010) Bevegelse og aktivitet. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, 3. opplag) (s. 287-304). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, 1. utg., Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. Nr. 26 2014-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). (2015, 1. november). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet 16.02.16 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20omsorg#KAPITTEL_3

Helsepersonelloven (1999) (2016, 1. januar) Lov om helsepersonell. Hentet 23.02.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven>

Heo, S., Doering, L. V., Widener, J. & Moser, D. K. (2008) Predictors and effect of physical symptom status on Health- Related Quality of Life in Patients With Heart Failure. *American Journal of Critical Care*. 17(2), 124-132. Hentet 15.02.16 fra

<http://ajcc.aacnjournals.org/content/17/2/124.long>

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

Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Zambroski, C. H. & Chung, M. L. (2007) A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart & Lung*. 36, 16-24. doi: 10.1016/j.hrtlng.2006.06.003

Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Fischer, M., Smith, E. & Walsh, M. N. (2014) Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1482-1490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.03.005

Hole, T. (2015) Palliasjon hjå hjertesvikt. *Indremedisineren. Tidsskrift for Norsk Indremedisinsk Forening*. 3, 48-49. hentet 16.02.16 fra

<http://www.indremedisineren.no/indremedisineren/pdf/2015-03-indremedisineren.pdf>

Honoré, K (2010) Å være pårørende. I Graubæk, A.-M. (red.) *Å være pasient- En innføring i pasientologi* (s. 163-185). Oslo: Akribe AS

Ivarsson, B. H. (2010) MI- motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgsektoren. Stockholm: Gothia Förlag AB

Johansson, P., Dahlström, u. & Broström, A. (2006) Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5, 5-15. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.04.011

Kirkevold, M. (2010) Individuell sykepleie – sentrale perspektiver. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, 3. opplag) (s. 100-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold, M. (2003) Sykepleieteorier- analyse og evaluering. (2.utgave, 3. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2011a) Helse og sykdom. I Kristoffersen, N. J.; Nortvedt, P & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. 1. opplag) (s. 281-341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2011b) Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, A.-K. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utgave, 2. opplag) (s. 131-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2011c) Sykepleier i organisasjon og samfunn. I Kristoffersen, N. J.; Nortvedt, P & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. 1. opplag) (s. 281-341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2011d) Den myndige pasienten. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, A.-K. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utgave, 2. opplag) (s. 338-385). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011) Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, A.-K. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utgave, 2. opplag) (s. 245-293). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N. J.; Nortvedt, P & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. 1. opplag) (s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P. & Skaug, E.-A. (2011) Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J.; Nortvedt, P & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. 1. opplag) (s. 15-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvaal, K. (2010) Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, 3. opplag) (s. 383-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2014, 4. januar) *Likemannsaktiviteter*. Hentet 18.02.16 fra <https://www.lhl.no/lhls-arbeid/likepersonsarbeid/likepersonsaktiviter/>

- Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup*. (2. utgave), Universitetsforlaget
- Mastekaasa, A. & Næss, S. (2011) Ekteskap og barn. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. (s. 170-183). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Miller, F. A. (2009) *Nursing for Wellness in Older Adults* (5. utgave). Philadelphia: Wotters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Moser, D. K., Heo, S., Lee, K. S., Hammash, M., Riegel, B., Lennie, T. A., ... Watkins, J. (2013) «It could be worse ... lot's worse!» Why health-related quality of life is better in older compared with younger individuals with heart failure. *Age and Ageing*, 42, 626-623. doi: 10.1093/ageing/aft078
- Mårtensson, J. (2005) Livssituation och hälsorelaterad livskvalitet. I Strömberg, A. (red.) *Vård vid hjärtsvikt*. (s. 117-131). Lund, Sverige: Studentlitteratur
- Norberg, E.- B., Boman, K., Löfgren, B. & Brännström, M. (2014) Occupational performance and strategies for managing daily life among elderly with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 392-399. doi: 10.3109/11038128.2014.911955
- Nordeng, H. (2012) Grunnleggende kunnskap. I Nordeng, H. & Spigset, O. (red.) *Legemidler og bruken av dem*. (2. utgave) (s. 24-43). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk Elektronisk Legehåndbok (2015, 2.november) Om kronisk hjertesvikt hentet 25.01.16 fra <https://vpn.hint.no/hjerte-kar/tilstander-og-sykdommer/hjertesvikt/,DanaInfo=legehandboka.no+hjertesvikt-kronisk-1567.html>
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*
- Nortvedt, P & Grønseth, R (2011) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I Almås, H.; Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (Red.) *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg. 2.opplag) (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Næss, S. (2011) Språkbruk, definisjoner. I Næss, S.; Moum, T. & Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet: Forskning om det gode liv* (s. 15-51). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Odland, L.-V. (2012) Menneskesyn. I Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. (3. utgave) (s. 23-41) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2015, 1. november). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 16.02.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

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

Pihl, E., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2010) Patients' experiences of physical limitations in daily life when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 3-11. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x

Polit, D F & Beck, C T. (2012) *Nursing Research: Generating an assessing evidence for nursing practice* (9. utgave). Philadelphia: Wolter Kluwer Health

Ranhoff, A. H. (2010) Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, 3. opplag) (s. 137-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Rustøen, T. (2007) Håp og livskvalitet ved hjertesvikt. I Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. (2. utgave) (s. 161-174). Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS

Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012) *Sykepleierens ernæringsbok*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011) Kontakt med andre. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, A.-K. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utgave, 2. opplag) (s. 41-70). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Statistisk sentralbyrå (2015) Dette er Norge 2015. Hva tallene forteller. Hentet 05.05.16 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/234757?ts=1516c743d80>

Statistisk sentralbyrå (2015, 25. juni) Pleie- og omsorgstenester, 2014, førebelse tal

hentet 18.02.16 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2015-06-24#content>

Sørensen, T. (2011) Sosial støtte, lokalsamfunn. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet. Forskning om det gode liv.* (s. 199-206). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tuntland, H (2012) Grunnbok i ADL for sykepleiere. Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007) Livskvalitet, helse, stress og mestring. I Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (Red.) *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring* (2.utg.) (s. 29-59). Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS

Ørn, S. (2012) Legemidler ved hjerte- og karsykdommer. I Nordeng, H. & Spigset, O. (red.) *Legemidler og bruken av dem.* (2. utgave) (s. 144-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ørn, S. & Brunvand, L. (medfødte hjertesykdommer) (2011) Hjerte- og karsykdommer. I Ørn, S; Mjell, J & Bach-Gansmo, E (Red.) *Sykdom og behandling* (s. 160-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Aagaard, H. (2011) Væske og ernæring. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2. Grunnleggende behov.* (2. utgave) (s. 161-207). 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. doi: 10.1177/1474515111432997

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over artikkelsøk

Databaser	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
18.01.16 Svemed+	Peer-reviewed	Heart failure AND Quality of life	25	25	8	3	1 inkludert artikkel
18.01.16 Medline	Abstract 2005-current 65 and over Qualitative (best balance of sensitivity and specificity Danish, English, Norwegian, Swedish	Heart failure AND Quality of Life	157	157	55	26	4 inkluderte Artikler
19.01.16 Cinahl	Abstract 2005-current English 65 and over Peer reviewed	Heart failure AND Activities of daily living	72	72	10	3	2 inkluderte artikler

21.01.16 Cinahl	Abstract 2004-2016 Peer reviewed Danish, English, Norwegian, Swedish	Heart failure AND Quality of life AND Psychological Well-being OR Stress, psychological OR Support, psychosocial	45	45	15	3	3 inkluderte artikler
Cinahl 27.01.16	Abstract, Peer- reviewed, 2000-2015, outpatients, 45- 64 years, 65 + years, Norwegian, Swedish, english, Danish	«Heart failure» AND «Quality of life»	42	42	26	6	1 inkludert artikkel

Cinahl 28.01.16	Abstract, Peer-reviewed, 2000-2016, 45-64 years, 65+ years, Danish, english, Norwegian, Swedish	Heart failure AND Health-related quality of life	105	105	35	8	2 inkluderte artikler
--------------------	--	---	-----	-----	----	---	--------------------------------------

Utvalg 1: Lest tittel

Utvalg 2: Lest abstract

Utvalg 3: Lest artikkel

Utvalg 4: Artikkel valgt ut for granskning og vurdering

Vedlegg 2: Skjema for granskning av forskningsartikler.

Artikkelgranskning/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Dato:

Tittel:.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....

.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon
Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
Randomisert Kontrollert
Intervention Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnsforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydelig avgrensing/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja	Nei
Er utvalget relevant?	Ja	Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja	Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja	Nei
Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja	Nei
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttig?	Ja	Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metod Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?
.....
.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....
.....
.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte forskningsartikler

Forfattere, Tidsskrift, Tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Invensjon/ Instrument	Deltakere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Bosworth, H. B., Steinhauser, K. E., Orr, M., Lindquist, J. H., Grambow, S. C. & Oddone, E. Z., Ageing and Mental Health, Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors 2004 USA	Samle beskrivelser av faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter som lever med hjertesvikt	Kvalitativ tverrsnittstudie/ Fokusgruppeinter vju	15 menn/ Bortfall ikke beskrevet Med to fokusgrupper NYHA I og II i en gruppe og NYHA III og IV i den andre. (47- 82 år)	Studien viser at det er mange faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt. Blant annet tap av sosiale roller, plagsomme fysiske symptomer, emosjonelle reaksjoner på sykdommen, mestring og sosial støtte	Nivå 1 Fagfellevurdert The Institutional Review Board of the Duram VA Medical Center godkjente studien. Relevant for studien

<p>Dunderdale, K., Furze, G., Thompson, D. R., Beer, S. F. & Miles, J. N.V.</p> <p>The British Journal of Cardiology,</p> <p>Health-related quality of life from the perspective of patients with chronic heart failure</p> <p>2007</p> <p>England</p>	<p>Utforske helse-relatert livskvalitet fra pasienter med kronisk hjertesvikt og identifisere tema til et pasient-skapt verktøy.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Semi-strukturerte intervju analysert ved bruk av en iterativ prosess</p>	<p>11 deltakere (57-72 år)</p> <p>/</p> <p>Bortfall ikke beskrevet</p>	<p>Deltakerne rapporterte faktorer som forandringer i fysiske ferdigheter, emosjonell tilstand, bevissthet, selvoppfattelse, forandringer i sosiale forhold, opprettholde sosial status og livsstil og kognitive aspekter</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Fagfelle-vurdert</p> <p>Godkjenning fra lokal etisk komité</p> <p>Relevant for studien</p>
<p>Falk, S., Wahn, A. K. & Lidell, E.</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing,</p> <p>Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study</p> <p>2007</p> <p>Sverige</p>	<p>Beskrive hvordan personer, som lever med kronisk hjertesvikt, opplever ivaretagelse av deres dagligliv.</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk, Semi-strukturerte intervju</p>	<p>17 deltakere (55-83 år, polikliniske pasienter),</p> <p>Bortfall ikke registrert</p>	<p>Studien kom frem til fem kategorier: håndtere livets realiteter, håndtere tanker om livets uendelighet, ta ansvar, takle verden rundt og ivareta egne verdier.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Fagfelle-vurdert</p> <p>Godkjenning fra etisk komité og klinikk-sjef</p> <p>Relevant for studien</p>

<p>Fotos, N. V., Giakoumidakis, K., Kollia, Z., Galanis, P., Copanitsanou, P., Pananoudaki, E. & Brokalaki, H. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Health-related quality of lif of patients with severe heart failure. A cross- sectional multicentre study 2012 Hellas</p>	<p>Undersøke helse-relatert livskvalitet hos pasienter med alvorlig hjertesvikt, og sammenheng med demografi, sosio- økonomisk og kliniske karakteristikk</p>	<p>Kvantitativ, beskrivende, tverrsnittsstudie / Spørreskjemaet MLWHFQ ble brukt i datainnsamlingen</p>	<p>293/ 199 oppfylte inklusionskriteriene . (over 18 år med NYHA III og IV)</p>	<p>Tilleggssykdommer hadde negativ effekt på helse-relatert livskvalitet. NYHA klassifisering hadde sammenheng med livskvalitet.</p>	<p>Nivå 1 Fagfelle-vurdert Godkjenning fra etisk komité på hvert sykehus. Relevant for studien</p>
---	---	---	---	--	--

<p>Franzén, K., Saveman, B.-I. & Blomqvist, K. European Journal of Cardiovascular Nursing, Predictors for health-related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure 2007 Sverige</p>	<p>Undersøke om alder, kjønn, sykdomsalvorlighet, komorbiditet og levestandard påvirker helse relatert livskvalitet hos personer over 65 år som har kronisk hjertesvikt.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittsstudie, Et spørreskjema med MLHFQ, SF-12, NYHA-klassifisering og spørsmål om tilleggssykdommer</p>	<p>694 mulige deltakere, Bortfall 379, 357 deltok (over 65 år)</p>	<p>Selvrapportert alvorlighet av sykdommen var sterkt assosiert med helse relatert livskvalitet. Kjønn, alder og tilleggssykdommer var også assosiert med helse relatert livskvalitet</p>	<p>Nivå 1 Fagfelle vurdert Godkjenning fra Research Ethics Committee på Linköping universitet. Relevant for studien</p>
<p>Hallas, C. N., Wray, J., Andreou, P. & Banner, N. R. Heart & Lung, Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. 2010 Storbritannia</p>	<p>Identifisere psykologiske og kliniske variabler som påvirker humør og livskvalitet hos pasienter diagnostisert med hjertesvikt</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittsstudie/kohortstudie/ Spørreskjema: IPQ-R, HADS, COPE, WHOQOL-BREF og MLHFQ</p>	<p>284 traff inklusjonskriteriene / 138 ønsket ikke å delta</p>	<p>Depresjon påvirker livskvalitet Pasientene som hadde negative tanker om konsekvensene av sykdommen og mindre kontroll over symptomene brukte forsvarsmekanismer som fornektning og atferdsmessig utkobling og mer alvorlig nivå av depresjon og angst</p>	<p>Nivå 1 Godkjent fra United Kingdom Central Office for Research Ethics Committee.</p>

<p>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</p>	<p>Undersøke hvordan pasienter med hjertesvikt definerer og opplever livskvalitet.</p>	<p>Kvalitativ, semistrukturerte intervju med åpne spørsmål, analysert ved bruk av innholdsanalyse</p>	<p>20 (14 menn og 6 kvinner) / Bortfall ikke beskrevet</p>	<p>Deltakerne i studien definerte livskvalitet som evnen til å gjøre ønskede fysiske og sosiale aktiviteter som dekket deres og deres families behov, opprettholde lykke, engasjere seg i tilfredsstillende forhold til andre. Faktorer som de mente påvirket livskvalitet negativt eller positivt var fysiske (symptomer og fysisk status), psykologiske (humør og perspektiv), økonomiske, sosiale (sosial støtte og evne til sosiale å delta i sosiale aktiviteter), spirituelle og atferd.</p>	<p>Nivå 1 Fagfellevurdert Godkjenning fra etisk komité på institusjon Relevant for studien</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Fischer, M., Smith, E. & Walsh, M. N. International Journal of Nursing Studies, Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: A cross-sectional study 2014 USA</p>	<p>Utforske modifiserbare psykososiale og atferdsmessig faktorer assosiert med fysiske symptomer og helserelatert livskvalitet, og underliggende effekt av fysiske symptomer på forholdet mellom modifiserbare faktorer og helserelatert livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittsstudie Skjema som ble brukt: PHQ-9, Control Attitudes Scale-Revised, Multidimensional Scale of Perceived Sosial Support, en del av Self- Care of Heart Failure Index, SSQ-HF, MLHFQ, NYHA</p>	<p>123 deltakere, Bortfall 14</p>	<p>Depressive symptomer og inntak av natrium var assosiert med fysiske symptomer. NYHA-klasse, depressive symptomer og hvordan de oppfattet deres evne til å mestre og kontrollere deres sykdom og liv, var assosiert med helserelatert livskvalitet. Pasienter med mindre funksjonssvikt, mindre depressive symptomer og høyere kontroll, hadde bedre helserelatert livskvalitet.</p>	<p>Nivå 2 Godkjent fra institusjonell etisk komité på alle stedene</p>
---	---	---	-----------------------------------	--	--

<p>Moser, D. K., Heo, S., Lee, K. S., Hammash, M., Riegel, B., Lennie, T. A., Arslanian- Engoren, C., Mudd-Martin, G., Albert, N & Watkins, J. Age and Ageing, «It could be worse ... lot's worse!» Why health-related quality of life is better in older compared with younger individuals with heart failure. 2013 USA</p>	<p>Finne ut hvorfor det er forskjeller i helserelatert livskvalitet hos eldre sammenlignet med yngre som har hjertesvikt</p>	<p>Både kvantitativ tverrsnittstudie med bruk av skjema som: MLHFQ, del av Brief Symptom Inventory, PHQ-9, DASI, Charlson comorbidity index, og kvalitativ beskrivende med intervju med åpne spørsmål</p>	<p>Deltakere i den kvantitative delen av studien: 603 Deltakere i den kvalitative delen av studien: 20 Bortfall ikke beskrevet</p>	<p>Helserelatert livskvalitet var dårligere i den yngste gruppen og best i de to eldste gruppene. Den yngste gruppen hadde høyere nivå av depressive og angst symptomer enn den eldste gruppen.</p>	<p>Nivå 1 Fagfelleurdert Godkjenning fra institusjonell komité Relevant for studien</p>
--	--	---	--	---	---

<p>Norberg, E.- B., Boman, K., Löfgren, B. & Brännström, M. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Occupational performance and strategies for managing daily life among elderly with heart failure 2014 Sverige</p>	<p>Beskrive opplevelser av begrensninger i aktiviteter og strategier for styre ADL hos eldre med kronisk hjertesvikt</p>	<p>Kvalitativ, beskrivende med intervju som ble analysert med innholdsanalyse</p>	<p>40, Bortfall 30 på grunn av død, bor på sykehjem, demens, alvorlig kognitive sykdommer og ingen ønske om deltakelse</p>	<p>Deltakerne i studien beskrev at de måtte innse begrensninger i evne til aktivitet, redefinere et aktivt liv, fokusere på meningsfulle aktiviteter. De beskrev også ulike erfaringer med å endre/ikke endre vaner og roller. De beskrev planlegging av aktiviteter og tilpasning av miljøet.</p>	<p>Nivå 1 Fagfellevurdert Godkjenning fra Regional Ethics Review Board i Umeå Relevant for studien</p>
---	--	---	--	---	---

<p>Pattenden, J. F., Roberts, H. & Lewin, R. J. P. European Journal of Cardiovascular Nursing, Living with heart failure; patient and carer perspectives 2007 England</p>	<p>Undersøke hvordan sykdommen påvirker dagliglivet til pasienter med hjertesvikt og deres pårørende</p>	<p>Kvalitativ, beskrivende semi-strukturerte intervju</p>	<p>124 deltakere, 36 pasienter og 20 pårørende, ekskluderte 68</p>	<p>Studien viser at de kan være skremmende, begrensende og stressende å leve med hjertesvikt, for både pasient og pårørende.</p>	<p>Nivå 1 Fagfellevurdert Godkjenning fra etisk komité på alle stedene</p>
<p>Pihl, E., Fridlund, B. & Mårtensson, J. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Patients' experiences of physical limitations in daily life when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis 2010 Sverige</p>	<p>Beskrive hvordan pasienter med kronisk hjertesvikt erfarer deres fysiske begrensninger i ADL</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk tilnærming med intervju</p>	<p>15 deltakere/ Bortfall ikke beskrevet Gjennomsnittsalder 76 år</p>	<p>De beskrev at de måtte finne praktiske måter å utføre aktiviteter i dagliglivet. Det var viktig å ha realistiske forventninger om fremtiden Flere følte seg passive og at de miste sine sosiale roller og nettverk.</p>	<p>Nivå 2 Godkjenning fra etisk komité Relevant for studien</p>

<p>Årestedt, K., Saveman, B.-I., Johansson, P. & Blomqvist, K. European Journal of Cardiovascular Nursing, Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure 2012 Sverige</p>	<p>Beskrive sosial støtte i forhold til kjønn hos pasienter med kronisk hjertesvikt. Undersøke om alder, kjønn, samboskap, økonomisk situasjon og alvorlighet av sykdom har sammenheng med sosial støtte. Undersøke om sosial støtte har sammenheng med helse relatert livskvalitet.</p>	<p>Kvantitativ, tverrsnittstudie/ Skjema som ble brukt: NYHA, MLHFQ, SF-12 og ISSI</p>	<p>694 deltakere, Bortfall 345</p>	<p>Rapporterte generelt høy sosial støtte. Menn som bor alene med økonomiske problemer og hadde alvorlig sykdom, hadde sammenheng med lavere nivå av sosial støtte. Sosial støtte hadde sammenheng med helse relatert livskvalitet, spesielt emosjonelt.</p>	<p>Nivå 1 Fagfelle vurdert Godkjenning fra Research Ethics Committee på Linköping universitet Relevant for studien</p>
--	--	--	------------------------------------	--	--

